



Instituto Superior
de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

A relação entre o Assistente Social e a família do doente crónico numa UMDR/ULDM de cuidados continuados integrados de saúde

Ana Lúcia Bandeiras Ramos

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Dissertação para obtenção de grau de Mestre
em Política Social

**Lisboa
2013**

VALORIZAMOS PESSOAS



Instituto Superior
de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE DE LISBOA

A relação entre o Assistente Social e a família do doente crónico numa UMDR/ULDM de cuidados continuados integrados de saúde

Ana Lúcia Bandeiras Ramos

Licenciada em Serviço Social, Pós-Graduada em Gerontologia

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes
Sapeta

Licenciada e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Mestre em Sociologia, Pós-graduada em Cuidados Paliativos; Doutorada em Enfermagem

Dissertação para obtenção de grau de Mestre
em Política Social

**Lisboa
2013**

VALORIZAMOS PESSOAS

WWW.ISCSP.ULISBOA.PT

“- Já te falei da tensão entre os opostos? – diz ele.

A tensão entre os opostos?

- A vida é uma série de puxões para trás e para a frente. Queres fazer uma coisa, mas és obrigado a fazer outra coisa qualquer. Alguma coisa te magoa, e no entanto tu sabes que não devia magoar-te. Tomas certas coisas como garantidas, mesmo quando sabes que não devias tomar nada por certo. Uma tensão entre opostos, como um puxão numa tira de borracha. E a maior parte de nós vive algures no meio. Parece um torneio de luta, digo eu. – Um torneio de luta -ri-se. – Sim, podes descrever assim a vida.

Então, que lado ganha, pergunto eu?

- Que lado ganha?

Sorri para mim, os olhos enrugados, os dentes tortos.

- Ganha o amor. O amor ganha sempre.”

(Albom, M.2003, p.43)

*Dedico este Trabalho a todos os doentes crónicos da UCCI e aos Técnicos que não baixam os
braços,*

tornando o seu dia à dia mais digno perante a sua condição patológica.

À minha avó,

recentemente vítima de um AVC Hemorrágico,

também ela alvo dos cuidados de uma UCCI.

AGRADECIMENTOS

Queria agradecer à Professora. Doutora Paula Sapeta pelas orientações, paciência, sabedoria, amabilidade e transmissão de conhecimento, tornando a concretização do estudo mais motivante.

À Assistente Social da UCCI e restantes colegas pela receptividade, disponibilidade e carinho com que me acolheram no campo de análise.

Aos familiares dos doentes pela participação, receptividade, curiosidade, envolvimento e importância da minha presença.

Aos doentes pela imagem deste Estudo, é por eles que faz sentido a sua concretização.

Aos meus familiares, que me ofereceram apoio e atenção incondicional.

Aos meus amigos e colegas pela partilha, ânimo e atenção diária.

Com a certeza de que todos são especiais, a minha maior gratidão

NOME: Ana Lúcia Bandeiras Ramos

MESTRADO: Política Social

ORIENTADOR: Prof. Doutora Ana Paula Sapeta

TÍTULO DA TESE: *“A Relação entre o Assistente Social e a Família do Doente Crónico numa UMDR/ULDM de Cuidados Continuados Integrados de Saúde”*

RESUMO

A Investigação realizada, tem como principal objetivo, compreender a relação existente entre o Assistente Social e a família do doente crónico numa UCCI e de que modo esta relação se torna terapêutica para a família do doente crónico. O Estudo decorre numa UMDR/ULDM da RNCCI, tendo como ponto de partida a observação não participante, no contato diário com os doentes, familiares e técnicos. A realização de entrevistas semiestruturadas a familiares, principais cuidadores dos doentes, permite perceber as suas principais necessidades, informações acerca da Instituição e dos técnicos, nomeadamente da Assistente Social. Foram eleitos vinte doentes crónicos, dez da UMDR e dez da ULDM, com patologias crónicas de natureza diversificada. Na análise dos resultados, utilizou-se a análise de conteúdo, de forma a categorizar e codificar a informação obtida. Regista-se que grande maioria dos cuidadores está conformada com o estado de saúde dos doentes e evidenciam claramente a importância da Assistente Social e da restante equipa técnica nos cuidados diários dos doentes, amenizando as suas preocupações e desgaste físico/psicológico.

Palavras-Chave: Cuidados Continuados Integrados; Doença Crónica; Doente Crónico; Família; Assistente Social; Relação Terapêutica

“The Relationship between the Social Worker and the Chronic Patient Family in a RMDU/MLDU of Continuous Health Care”

ABSTRACT

The main objective of this Research is to understand the relationship between the Social Worker and the chronic patient family in a CCU and the way this relationship can be therapeutic to the chronic patient family. The Study takes place in a RMDU/MLDU of the CCNN and starts with a non-participant observation in the daily contact with patients, patients’ family and technicians. To do semi-structured interviews to patients’ relatives, main caretakers of the patients, allows realizing their main needs, information about the Institution and its technicians, namely the Social Worker. There were elected twenty chronic patients, ten from the RMDU and ten from the MLDU, with diverse chronic conditions. In the analysis of results it was used the content analysis to categorise and codify the obtained information. Notice that most caretakers are resigned with the patients’ health and stand out the Social Worker and the technical team importance in the daily care of the patients, softening their concerns and physical and psychological wear and tear.

Keywords: Continuous Health Care, Chronic Condition, Social Worker, Family, Main Caretaker, Therapeutic Relationship.

LISTA DE SIGLAS

ARS - Administração Regional de Saúde

AS – Assistente Social

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD's - Actividades de Vida Diária

CAD – Centro de Apoio a Dependentes

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CDSS - Centro Distrital de Segurança Social

CP – Correios de Portugal

CRP – Constituição da República Portuguesa

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DPOC –Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECL - Equipas de Coordenação Local

EGA – Equipas de Gestão de Altas

HBP – Hiperplasia Benigna da Próstata

HTA – Hipertensão Arterial

IC – Insuficiência Cardíaca

IRC – Insuficiência Renal Crónica

ISCSP – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

MMS – Mini Mental State

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PII – Plano Individual de Intervenção

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SCM – Santa Casa de Misericórdia

SNG – Sonda Nasogastrica

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

LISTA DE ABREVIATURAS

4^a- Quarta

Art.º - Artigo

D. - Doenças

E. - Entrevistador

Í. - Índice

p. – página

nº - número

r/c – rés-do-chão

Sr. – Senhor

Sr^a – Senhora

tv – televisão

vs- versus

wc – casa de banho

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	v
LISTA DE SIGLAS	viii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	x
ÍNDICE DE QUADROS	xiv
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xv
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DA INVESTIGAÇÃO.....	4
<i>1 - A Política da Saúde Em Portugal</i>	<i>4</i>
<i>2 - A Saúde como Bem-Estar Biopsicossocial</i>	<i>5</i>
2.1 - O Doente Crónico	7
2.2 - A Família, como principal garante do Bem-estar Biopsicossocial do Doente Crónico.....	10
<i>3 - A Emergência dos Cuidados Continuados de Saúde em Portugal.....</i>	<i>14</i>
3.1- A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	18
<i>4- A intervenção do Assistente Social no âmbito da saúde</i>	<i>21</i>
4.1- O Assistente Social na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	23
4.2 - O Assistente Social como elo de ligação do doente crónico e da família.....	25
4.3 - A Relação Terapêutica.....	26
CAPÍTULO 2 – A INVESTIGAÇÃO REALIZADA.....	31
<i>1.Contextualização do Estudo: Os Cuidados Continuados Integrados numa UMDR/ULDM.....</i>	<i>31</i>
1.1- O Cenário Estatístico na UMDR/ULDM (2007-2012).....	35
1.2– Tipo de Estudo: O Estudo de Caso de uma UCCI	39
1.3- A Questão da Investigação e objetivos	41
1.4- As Técnicas de Recolha de Dados: Observação Não Participante e Entrevista Semi-Estruturada	42
1.5- As Técnicas de Análise de Dados.....	45
1.5.1 - A Análise de Conteúdo	45
<i>2- Apresentação e discussão dos Resultados.....</i>	<i>48</i>

2.1 - O Perfil Social do Doente Crónico em contexto da UCCI	48
2.2. Os Principais Cuidadores	50
2.3 - As <i>Sinopses</i> das Entrevistas realizadas aos cuidadores principais do Doente e categorias encontradas.....	52
2.4 - O Assistente Social na UCCI.....	69
3 - Propostas para futuras intervenções	73
CAPÍTULO 3 – CONCLUSÕES	77
APÊNDICES	86
APÊNDICE 1 – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO	87
APÊNDICE 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO: ASSISTENTE SOCIAL	90
APÊNDICE 3 – CONSENTIMENTO INFORMADO: CUIDADOR PRINCIPAL DO DOENTE	91
APÊNDICE 4 – CONSENTIMENTO INFORMADO: DOENTES	92
APÊNDICE 5 – GUIÃO DE ENTREVISTA FAMILIAR	93
APÊNDICE 6 – ENTREVISTAS REALIZADAS AOS CUIDADORES PRINCIPAIS DO DOENTE	97
APÊNDICE 7 – GUIÃO DE ENTREVISTA ASSISTENTE SOCIAL	143
APÊNDICE 8 - ENTREVISTA REALIZADA À ASSISTENTE SOCIAL.....	145
APÊNDICE 9 – DIÁRIO DE CAMPO.....	155

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - Conceito global de saúde: principais fatores que afetam a saúde do Indivíduo	7
FIGURA 2 - A linha do tempo e fases da doença na tipologia psicossocial da doença.....	8
FIGURA 3 - Círculo de Saúde e Doença na Família	13
FIGURA 4 - Estruturação do Modelo Ecológico em Cuidados Continuados.....	16
FIGURA 5 - O Ingresso na RNCCI	20
FIGURA 6 - Serviços e Âmbitos de Intervenção do Serviço Social de Saúde	23
FIGURA 7- Relação de Ajuda Profissional	29
FIGURA 8 - O Triângulo Terapêutico	30
FIGURA 9 - Organigrama das categorias encontradas	68
FIGURA 10 - Categorias encontradas na relação da Assistente Social com os cuidadores	72

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - O Doente Crónico na UMDR (2007-2012).....	35
QUADRO 2 – O Doente Crónico na ULDM (2007-2012)	36
QUADRO 3 - O Doente Crónico da UMDR/ULDM (2007-2012).....	36

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – O Doente Crónico na ULDM/UMDR (2007-2012).....	37
GRÁFICO 2 – Principais Patologias na UMDR (2007-2012)	38
GRÁFICO 3 – Principais Patologias na ULDM (2007-2012)	39
GRÁFICO 4 - As Patologias dos Doentes Crónicos elegidos (%).....	49
GRÁFICO 5 - Os Principais Cuidadores (%).....	50
GRÁFICO 6 – Sexo dos Cuidadores (%).....	50
GRÁFICO 7– Situação Profissional dos Cuidadores (%).....	51

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação desenvolvido pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas – ISCSP da Universidade Técnica de Lisboa, com vista à obtenção do Grau de Mestre em Política Social, tem como tema “*A Relação entre o Assistente Social e a Família do Doente Crónico numa UMDR/ULDM de Cuidados Continuados Integrados de Saúde*”, o presente tema surge em torno de um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde implementado em Portugal, a RNCCI, sendo formada por Instituições Públicas e Privadas, que prestam cuidados continuados integrados de saúde e de apoio social. A sua expansão é gradual com a abertura em todo o País de UCCI, promovendo a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência. Ao nível local a sua coordenação é assegurada pelas ECL (Equipas de Coordenação Local) estando nacionalmente distribuídas pela Região Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

Sendo o tema central deste estudo a doença crónica e considerando o conceito biopsicossocial, segundo Rolland (1994) cit. Sousa (2007), este conceito compreende a doença não só ao nível biomédico, mas envolvendo as perspetivas psicológicas e sociais. Ressalvando a complexidade da doença e a emergência de situações que possam surgir no seu desenvolvimento é uma mais valia apostar nos Cuidados Continuados Integrados.

A filosofia dos cuidados continuados integrados assenta no princípio da adequação dos cuidados às necessidades de reabilitação ou de manutenção de funções básicas do indivíduo, permitindo aos utentes da Rede, sempre que possível, a recuperação da autonomia para as atividades da vida diária, reduzindo assim o grau de dependência dos mesmos. O mérito da parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social é inquestionável, tendo sido concebidas um conjunto de respostas integradas que visam apoiar o dependente desde o internamento ao regresso a casa. A Rede tem vindo a empreender um dinamismo assinalável e apresenta-se como uma mais-valia para as pessoas que usufruem dos cuidados e para as instituições que promovem estes serviços.(Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos- A Dependência: O Apoio Informal, A Rede de Serviços e Equipamentos e os Cuidados Continuados Integrados, 2009, p.31)

O desenvolvimento deste tema de investigação, deve-se sobretudo ao aprofundar o conhecimento em torno da RNCCI pelo facto de ter lidado em primeira pessoa enquanto Assistente Social, com idosos dependentes, com diversas doenças crónicas em

contexto de Lar. Para além de ter criado laços, empatia, amizade com os próprios utentes, foi presenciado que muitas vezes são as próprias famílias que mais se ressentem com a situação dos seus idosos. Estabelece-se uma relação que para além de profissional é uma relação privilegiada ao se inteirar como técnica e como pessoa, com o próprio utente e com a família. Sentir realmente o seu contato, as suas necessidades, a consistência familiar e os laços existentes entre ambos.

É com base nessa relação que se baseia a questão de partida para o Estudo *“Em que medida a relação entre o Assistente Social e a família do doente crónico se torna terapêutica para esta em contexto de uma UCCI?”*. Seguindo a contextualização teórica, a esperança média de vida está a aumentar e há cada vez mais pessoas a necessitar de cuidados continuados. A Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE) garante que, em 2050, as despesas com os cuidados prestados a idosos duplicarão ou até triplicarão. O grande desafio é prestar melhores cuidados com menos recursos e apostar na formação dos cuidadores. O último relatório da OCDE, refere que em 2050, os países que a compõem irão duplicar, ou até mesmo triplicar os gastos com cuidadores e cuidados continuados da população idosa, e sugere medidas protecionistas para as famílias que prestem esses cuidados. Até 2030 a população europeia que tem entre 65 e 80 anos aumentará 40% e o desafio de todos os países será o de prestar melhores cuidados com menos recursos. O Instituto Nacional de Estatística garante que existem mais de dois milhões de idosos em Portugal. Ser doente crónico é pensar continuamente no dia de amanhã, é não ter a perspetiva do futuro. Contudo, o isolamento e a solidão são talvez os sentimentos mais assustadores do que a presença da própria doença. A família é a certeza de que se tem alguém com quem se possa partilhar os sentimentos, exprimir as emoções, é ter a presença segura de alguém que é querido, que apoia e cuida permitindo usufruir de uma visão mais aberta do mundo que nos rodeia. Lidar com uma doença crónica torna-se dispendioso a diversos níveis: fisicamente, emocionalmente e economicamente. Valorizar os sentimentos de esperança, revalorização e reforço da autoimagem são aspetos que a família ao valorizar permite-lhe perceber o seu valor no presente e futuro, recompensando-as das dificuldades sentidas ao longo dos tempos. É relevante promover o bem-estar e equilíbrio essenciais, não para “curar” a situação mas para todo o processo de adaptação, criando alicerces fortes para superar as crises que possam surgir.

O presente Estudo desenvolve-se a partir do caso específico de uma UCCI do nosso País. É um estudo de caso, descritivo, simples de natureza qualitativa e exploratório.

Tem como principais objetivos: conhecer o perfil social do doente crónico e as suas principais necessidades; descrever e caraterizar o principal cuidador do doente; fundamentar o conceito de Relação como terapia para a família; avaliar a relação existente entre o Assistente Social e o principal cuidador e descrever as principais funções e competências do Assistente Social ao nível da saúde em particular numa UCCI. A população alvo eleita para o presente Estudo, são vinte doentes crónicos, sendo dez doentes da UMDR e dez da ULDM, com diagnósticos muito diversificados, cujas principais patologias são: AVC's, fraturas do colo do fémur, HTA, diabetes, degenerações cerebrais, doenças pulmonares, insuficiências cardíacas, demência senil, insuficiência renal, amputação, neoplasia e a doença de Parkinson. Foram eleitos os respetivos cuidadores principais, na sua maioria do sexo feminino, aos quais se realizaram entrevistas semiestruturadas, de forma a responder aos objetivos centrais deste estudo, ou seja conhecer o perfil social do doente e as suas principais necessidades assim como os seus principais cuidadores. Os cuidados são assegurados principalmente pelos filhos, seguido dos sobrinhos e posteriormente pelos netos, conjugue/companheir (o)/(a), irmãos, mãe, genro ou nora. Por último, a Assistente Social da Instituição, a fim de perceber o seu papel, principais funções na UCCI, as estratégias e limitações na sua intervenção com os doentes e com a própria família.

CAPÍTULO 1 - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DA INVESTIGAÇÃO

1 - A Política da Saúde Em Portugal

Como ponto de partida para o presente Estudo de Investigação “*A Relação entre o Assistente Social do Doente Crónico, numa UMDR/ULDM de Cuidados Continuados Integrados de Saúde*”, reconhece-se a Política da Saúde como o principal “pilár” para o seu desenvolvimento, sendo relevante contextualizar o atual cenário português, no que respeita aos principais enfoques da saúde da população portuguesa bem como a sua aplicabilidade e concretização no nosso País.

Atualmente, em Portugal, a saúde é um direito e um dever, mas nem sempre o foi. A Constituição da República Portuguesa consagra o Art.º 64º a proteção da saúde (**Anexo I**), que assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. Subjacente a este Artº, encontra-se o Art. 25º, alínea 1) da Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de Dezembro de 1948 (**Anexo II**).Salienta-se o direito a um nível de vida suficiente para assegurar a saúde e o bem-estar, protegendo também grupos mais vulneráveis, tais como mulheres, mães, infância, indivíduos que, por razões de doença, invalidez ou perda de meios de subsistência, necessitem da garantia da prestação de cuidados de saúde, bem como todos os cidadãos que fiquem doentes. Segundo a Lei de Bases da Saúde (**Anexo III**) a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da constituição e da lei. Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outras Entidades Públicas ou Privadas, sem ou com fins lucrativos. O nosso País à semelhança de outros, está a passar por uma rápida transição demográfica caracterizada por um aumento progressivo e acentuado da população adulta e idosa, assim como por um aumento de doenças crónicas degenerativas com maior prevalência nos idosos, cujos fatores de risco estão relacionados com os seus estilos de vida. Nos últimos trinta anos surgiram profundas alterações. A redução da natalidade, e em especial o aumento da esperança de vida fizeram crescer a importância da resposta aos problemas dos cidadãos idosos. O País tornou-se mais urbano, em trinta anos passou de 29% para 55% a população residente em áreas urbanas, ganhou novas acessibilidades, repensando-se na rede de serviços de saúde. “*O fenómeno do envelhecimento populacional é também em parte uma*

consequência dos avanços nos sistemas públicos de proteção social, através de uma melhor redistribuição da riqueza inter-geracional e de uma melhor cobertura na prestação de serviços às pessoas dependentes.” (Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos- A Dependência: O Apoio Informal, A Rede de Serviços e Equipamentos e os Cuidados Continuados Integrados, 2009, p.31) Neste contexto, prosseguir com a Reforma do Serviço Nacional de Saúde é indispensável para responder às novas necessidades e expectativas dos portugueses.

A Política de Saúde tem âmbito nacional, obedecendo às seguintes diretrizes: A promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das atividades do Estado; é objetivo fundamental obter igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços. Segundo o Art.64º da CRP, alínea 1) todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. O direito à proteção da saúde é realizado, através de um SNS universal e geral, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito. Segundo a alínea 3), para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado, garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação. O SNS é o principal pilar do Sistema de Saúde, concretizando uma Política de Saúde centrada no Cidadão e orientada para mais e melhor saúde (**Anexo IV**).

2 - A Saúde como Bem-Estar Biopsicossocial

“Saúde é o Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.”

OMS-1947

“Saúde e Doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança.”

Carvalho, M. (2012, p.26)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como um *“Estado de total bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.”* A saúde não pode ser avaliada simplesmente por dados fisiológicos, pois é necessário avaliar o que a pessoa é e o que quer ser. É necessário avaliar aspetos mentais e a vivência em grupo, ou seja, os fatores sociais. A pessoa deve ser avaliada no seu todo, o que defende a visão holística, em interação constante com o meio em que esta inserido. Segundo o conceito da OMS, nenhum ser humano ou população, será totalmente saudável ou totalmente doente. Ao longo da sua existência viverá condições de saúde/doença de acordo com as suas potencialidades, suas condições de vida e interação entre ambas. Os inúmeros fatores determinantes da condição de saúde, incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características pessoais eventualmente determinadas pela herança genética), o meio físico (que abrange as condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade de alimentos, condições de habitação), assim como o meio socioeconómico e cultural, que expressa os níveis de ocupação e renda, o acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e forma de relacionamento interpessoal, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade da atenção por eles prestada. Segundo Giori cit. Donati (n.d) três ordens de fatores regem o estado funcional de um indivíduo: os biológicos, os sociais e os psicológicos, sendo que, a sua saúde se converte num estado de equilíbrio (dinâmico) dos três sistemas (ou dos seus fatores) e a alteração de um deles pode, obviamente, alterar a total homeostasia com retroações de compensação que pertencem a reservas provenientes do sistema em seu conjunto, capazes de salvaguardar o seu estado funcional. *O Ser Humano saudável descreve-se como alguém que se sente bem na sua pele, que pode fazer o que deseja e gosta, desenvolvendo plenamente o seu potencial. Face aos múltiplos agentes de stress, o ser humano tenta manter o equilíbrio e satisfazer as suas necessidades.* (Berger, L. & Mailloux-Poirier, D., 1995, p.109)

FIGURA 1 - Conceito global de saúde: principais fatores que afetam a saúde do Indivíduo



Fonte: Adaptado de Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995, p.109), cit. Rapport technique, série 558, Genève, OMS, (1974, p.8)

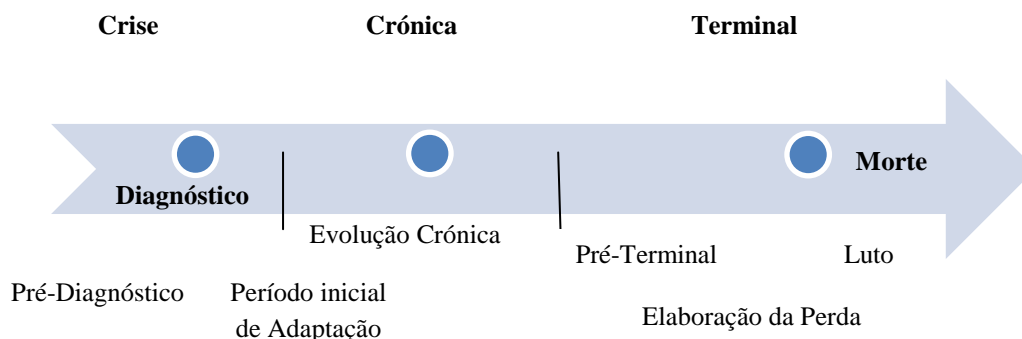
2.1 - O Doente Crónico

“Não procurámos o mal que um dia nos visitou. Chegou quando nada o fazia prever. Aconteceu. Tenhamos, pois a coragem para saber lidar com uma doença que não conhece sexos nem idades. É universal. (...) Longe estava a minha vivacidade de fazer inveja. Dos chutos na bola e dos quilómetros palmilhados.”

Saúde 2009, (p.13-35)

Segundo a OMS, as doenças crónicas são a principal causa de morte e incapacidade no mundo, mas podem ser prevenidas. A OMS indica que as doenças crónicas de declaração não obrigatória, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, representam cerca de 59 por cento do total de 57 milhões de mortes por ano e 46 por cento do total de doenças. Afetam países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento. A doença adquire um ciclo de vida. Cada fase tem as suas exigências específicas e tarefas desenvolvimentais que requerem diferentes competências, atitudes e transformações na família. As principais fases da doença são denominadas por: crise, crónica e terminal.

FIGURA 2 - A linha do tempo e fases da doença na tipologia psicossocial da doença



Fonte: Carvalho, M. (2012, p.192)

A fase crónica é definida como o período de tempo entre o diagnóstico inicial e o período de ajustamento e a terceira fase, quando predominam as questões de morte e da doença terminal. A expansão das doenças crónicas reflete os processos de industrialização, urbanismo, desenvolvimento económico, globalização alimentar e envelhecimento das populações que acarretam: alteração das dietas alimentares; aumento dos hábitos sedentários; crescimento do consumo de tabaco; cerca de metade das mortes causadas por doenças crónicas está diretamente associada às doenças cardiovasculares. A expressão “doenças crónicas” abrange uma grande variedade de quadros. Na realidade são doenças que têm de ser geridas em vez de curadas. As doenças crónicas não se definem pela sua aparente ou real gravidade, mas, por serem doenças sem cura ou de duração muito prolongada, permanentes, para as quais, atualmente, não existe cura, afetando negativamente a saúde e a funcionalidade do doente. No entanto, os seus efeitos podem ser controlados, melhorando a qualidade de vida destes doentes. Segundo Gameiro (), a emergência de uma doença crónica, surge como um acontecimento que poderá constituir um poderoso agente desencadeador de *stress*, pelo que apoiar os indivíduos com doença crónica nos processos de *coping*¹ constituirá uma tarefa fundamental, para a melhoria da qualidade de vida do doente. Na realidade, a doença, assim como o seu tratamento e, no caso das doenças crónicas, o processo de reabilitação e de adaptação, confronta o indivíduo com diversas perspetivas ameaçadoras. Os danos físicos, a

¹ Gameiro (n.d) cit. Folkman (1984) define *coping* como os esforços cognitivos e comportamentais para lidar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas que são criadas por uma situação de stress. Para Lazarus, os processos cognitivos são os determinantes fundamentais da qualidade e da intensidade das reações emocionais e do desencadear dos esforços de confronto (*coping*) dos indivíduos, no sentido de uma constante auto-regulação das reações emocionais, fugindo às situações desagradáveis, mudando as condições ameaçadoras, iludindo-se a si próprios acerca das implicações de certos acontecimentos.

dor crónica, as modificações físicas permanentes e a incapacidade funcional podem constituir ameaças de perder a vida, a integridade do corpo ou o bem-estar físico e a qualidade de vida.

A incerteza e a insegurança em relação ao desenlace da situação, e a eventual necessidade de alterar os objetivos e os projetos de vida, a perda de autonomia e as alterações da auto-imagem são vividas como sérias ameaças para a identidade pessoal, para a auto-estima e para o desenvolvimento do projeto existencial. A carga emocional provocada pela doença, em particular os altos níveis de ansiedade e os sentimentos de revolta e de raiva, ameaçam o equilíbrio emocional e afetivo-relacional; a separação dos familiares, a falta de apoio social, a possibilidade de perder o emprego e ficar dependente dos outros representam uma ameaça do estatuto sócio-profissional e de desempenho dos respetivos papéis, nomeadamente das atribuições familiares. A necessidade de internamento hospitalar corresponde também a um conjunto de ameaças em que se destacam as que se relacionam com a necessidade de adaptação a um meio e uma organização física e social diferente e com a limitação da privacidade. São direitos do doente: direito a receber cuidados, à autonomia, à identidade, à dignidade, ao apoio personalizado, ao alívio do sofrimento, a ser informado e a recusar tratamentos. *“O doente e a família são a unidade básica do tratamento, a conceção terapêutica é ativa, integral e global, procurando o máximo de conforto e de qualidade de vida para ambos, promove a autonomia e a dignidades do doente, dá importância ao ambiente e cuida os detalhes.”* (Sapeta, 2011,p.75).

“O doente crónico é muitas vezes obrigado a abandonar alguns dos seus contextos quotidianos, nomeadamente se tiver de deixar de trabalhar ou estudar ou mesmo de ter outras atividades sociais, o que o leva a perder esferas relacionais determinantes e a ficar impedido de uma participação social ativa, ficando, por vezes impossibilitado de uma atividade produtiva.” (Guadalupe, 2010, p.119). O caminho da independência requer um ajustamento progressivo às incapacidades e uma reaprendizagem em diferentes atividades, nomeadamente nas atividades da vida diária. *“O papel do doente como ator enquanto interveniente nos processos e relações sociais inerentes aos atos terapêuticos, está no entanto salvaguardado na lei. Segundo a legislação, na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes- Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90, de 24 de Agosto-Base XIV), é esperado que o utente dos serviços de saúde, para além de ter um papel central nos cuidados, tenha também um papel ativo.”* (Serra, M. 2005, p. 35).

2.2 - A Família, como principal garante do Bem-estar Biopsicossocial do Doente Crónico

“O envolvimento da família no projeto terapêutico do utente, constitui uma ferramenta imprescindível para otimizar a capacidade da família para o cuidar e para, simultaneamente, preservar a sua vida familiar e garantir cuidados mais personalizados ao utente.”

Augusto,B. ; Carvalho,R.et al, (2005, p.13)

Constituindo um fenómeno universal, a Instituição Familiar tem assumido, ao longo dos tempos, diversas formas. Mesmo num período em que novas evoluções suscitam o aparecimento e o incremento de outras organizações familiares em relação às quais o modelo de funcionamento da família nuclear tradicional nem sempre se adequa. A título de exemplo, é o caso das famílias monoparentais, das famílias de homossexuais ou mesmo das famílias reconstituídas. *“A definição da família não depende só dos laços sanguíneos, mas também e sobretudo das ligações afetivas. Uma família envolvida no processo de cuidados é essencialmente uma família esclarecida e cooperante, uma família unida é certamente mais tranquila ou menos ansiosa, uma família protegida e valorizada, uma família que não renunciou a um dos seus papéis fundamentais – o de dar assistência, sentindo-se útil e importante no cuidar daqueles que são, na maioria das vezes, a sua razão de ser e existir. Assim sendo, a sua inclusão no processo de cuidados é inquestionável e o seu valor no cuidar inegável.”* (Augusto, B. & Carvalho, 2005, p.52).

A família tem um ciclo de vida próprio e este é a sequência de momentos característicos que se iniciam com a formação da família e terminam quando esta se dissolve pela lei natural da vida (Morte). Os vários momentos do ciclo vital exigem reorganização em relação às tarefas do mesmo de tal forma que sejam cumpridos os objetivos que levam a que a Unidade Familiar se desenvolva com sucesso. A família é uma unidade flexível que se adapta delicadamente às influências internas e externas. Este equilíbrio opera-se em dois eixos: o sincrónico, relativo ao Espaço das relações do sistema, sub-sistemas e supra-sistemas, isto é de ambiente com a sua estrutura (estrutura da família, os laços e limites, a interação e a comunicação, a individualização e a socialização) e o diacrónico respeitante ao tempo em que se dá a abertura (adaptabilidade, evolução e mudança) e o fecho (tempo de manutenção e conservação). O equilíbrio dinâmico entre estes eixos potencia o funcionamento saudável e

por conseguinte a *homeostasia familiar*.² Alguns dos acontecimentos de vida mais relevantes estão associados a crises normativas e a crises acidentais no ciclo vital dos indivíduos ou das famílias. Tais crises têm sido estudadas pelo seu impacto na rede social e na vida do indivíduo.

Segundo Sluzki (1996) cit. Guadalupe (2010), a doença leva a um evitamento generalizado do relacionamento interpessoal, pelo efeito aversivo que assume. Frequentemente a doença restringe a mobilidade, limitando as possibilidades de encetar contatos sociais, levando a alguma inércia de parte a parte, à resistência da ativação do contato e à desativação de alguns vínculos, reduzindo-se gradualmente a ampla constelação de rede social a apenas alguns elementos ou pequenos pontos nodais, ou mesmo levando o indivíduo a situações de isolamento social. O princípio da participação familiar, parece ser o valor estruturante para “desenhar” um plano de reabilitação e desenvolvimento, ajustado às necessidades e potencialidades, da pessoa e família e a forma de melhor gerir o seu processo adaptativo. Importa assim compreender a realidade de cada vivência, identificar necessidades/dificuldades, fornecer informação e a formação de que a família necessita para cuidar e acompanhar o processo de reabilitação e envolvê-la na mobilização de estratégias que permitam aperfeiçoar o apoio prestado ao doente. A identificação com o doente pode despertar sinais de alarme familiares graves, com o desenvolvimento de sintomatologias (ansiedade e depressão). Por outro lado, diferentes atitudes, como a sobreproteção e as mudanças de papel não acordados em torno da família, podem condicionar a capacidade de autonomia da pessoa doente, causando-lhe sentimentos de desqualificação ou baixa autoestima.

Cada família tem o seu estilo próprio de comunicação, as suas regras, as suas crenças, assim como a forma de manter a sua estabilidade. Esta estabilidade pode ser afetada pela fase de desenvolvimento da doença, o ciclo de vida em que a família se encontra, a intensidade do impacto que a doença crónica tem sobre os elementos da família e as

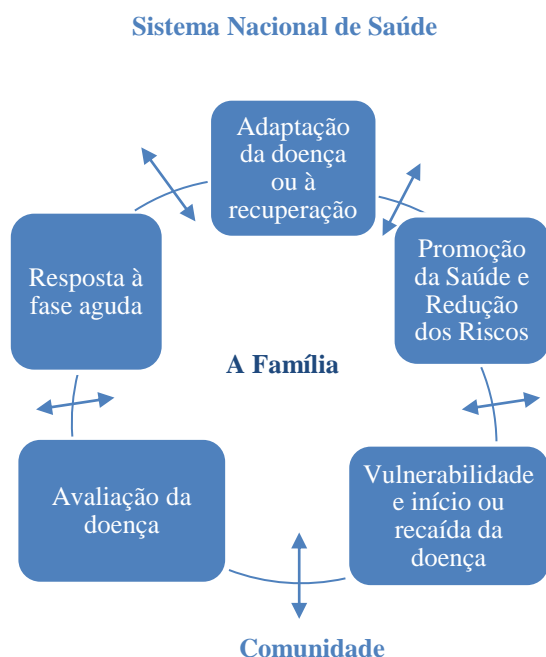
²**Homeostasia Familiar** – Conceito introduzido por D. Jackson, um dos homens da Escola de Palo Alto que, em 1954, apresentou uma comunicação intitulada *The question of family homeostasis*, a seguinte evidência clínica: em famílias com doentes psiquiátricos acontecia, com alguma frequência, que quando o doente melhorava, algum ou alguns dos seus familiares apresentavam determinada sintomatologia (depressão, perturbações psicossomáticas, etc) A homeostase permitia compreender a família como uma totalidade, sem separação artificial entre o indivíduo e os que o rodeiam. (Alarcão, 2006, p.84)

repercussões na dinâmica familiar. O tipo de comunicação entre os seus membros e as condições em que esta se dá podem ser geradores de confusão entre as componentes, com risco de incrementar os níveis de ansiedade destes. Em outras ocasiões, as famílias organizam a sua comunicação através de um pacto de silêncio perante a informação diante do doente com o objetivo de evitar-lhe preocupações, mas nem sempre os resultados são bons. Se uma família é emocionalmente instável, existe mais risco de descompensação do estado de ânimo e como consequência, de uma adaptação inadequada à doença. As defesas ou mecanismos defensivos como processos mentais protetores diante da ansiedade, ainda sendo muitas vezes necessários ou úteis provocam distorções na relação entre os membros da família e entre esta e os diferentes profissionais que os atendem. A experiência dos processos dolorosos e traumáticos podem incidir positiva ou negativamente na capacidade para enfrentar e adaptar-se à experiência de processos dolorosos e traumáticos. A frequência de histórias ou situações similares, especialmente se se produzirem numa forma fechada no tempo, coloca os familiares em situação de esgotamento e fragilidade emocional de forma a enfrentar-se a novos acontecimentos. As atitudes de desesperança modificam ou reduzem a capacidade familiar para cuidar. Os sentimentos de culpa e censura, conscientes ou inconscientes; o medo de perder aspetos de qualidade de vida; medo de sofrer e fazer sofrer os outros. A intervenção é dirigida de forma a evitar que o nível do impacto prejudique a dinâmica e harmonia familiar. *“A doença é como um terrorista que surge à porta, irrompe pela casa fora, exigindo tudo o que a família tem.”* Relvas (n.d). cit. Carvalho 2012, p.185). O desafio de viver uma doença na família é tanto maior quanto mais inesperadamente surgir, quanto maior gravidade apresentar na sua evolução e quanto maior grau de incapacidade trazer ao indivíduo. Segundo Carvalho, M. (2012), o impacto sentido irá depender, maioritariamente das condições de vida da pessoa doente e da sua família (a nível sociofamiliar, habitacional, profissional e económico); da fase do ciclo vital do doente e da família; das características idiossincráticas da doença e das suas representações sociais; do processo de doença (forma de início, tratamento, evolução, duração e prognóstico); dos tratamentos e das expectativas face ao seu sucesso; da relação estabelecida com o sistema de saúde; das experiências anteriores com processos de doença, significações pessoais e significações do contexto sociocultural que integram, da incapacidade associada à doença e da esperança de vida do doente.

“Numa perspetiva sistémica, a doença pode ser equacionada enquanto crise situacional e accidental e também enquanto fonte exógena de stress para a família.” (Carvalho, 2012, p.185). A questão central na fase crónica é manter alguma “normalidade” na

vida, situação possível se a família conseguir reunir competências para colocar a doença no seu lugar, impedindo que esta adversidade invada toda a dinâmica familiar. É importante transmitir à equipa que é necessário adotar uma atitude aberta para que o doente e a família tenham a oportunidade de manifestar os seus sentimentos, medos, dúvidas, entre outros, favorecendo assim, a confiança em si mesmos e dar valor ao que querem comunicar. A família face ao diagnóstico de doença grave geralmente segue um curso esperado. Pode existir um período de negação perante a situação seguida de uma rápida mobilização de recursos e suporte por parte da família. Durante a fase de crise, toda a família se mobiliza perante o doente mesmo quando existe história de conflitos, afastamento ou separação entre os seus elementos.

FIGURA 3 - Círculo de Saúde e Doença na Família



Fonte: Ribeiro (2007) adaptado de Doherty W., Campbell TL. Families and Health. Beverly Hiill, CA: Sage; (1988)

Doherty e Campbell, cit. Sousa et al (2007) defendem o desenvolvimento de um modelo que permite organizar de uma forma lógica a investigação sobre famílias e o impacto na saúde e na doença. O modelo destaca a importância das interações entre o sistema familiar e o sistema de saúde através das seguintes categorias: a) promoção da saúde e prevenção da doença; b) vulnerabilidade e o início da doença; c) significado familiar do adoecer; d)

resposta familiar à fase aguda da doença; e) adaptação à doença e à reabilitação. “A promoção da saúde e prevenção da doença, relaciona a família com os estilos de vida, referindo-se a comportamentos que mantém a família com determinados níveis de saúde e de bem-estar; a vulnerabilidade familiar e o início da doença, relaciona o papel dos acontecimentos de vida com as experiências familiares que tornam os seus elementos vulneráveis à doença ou que proporcionam o risco de recaída ou um novo surto de doença crónica; o significado familiar do adoecer, diz respeito aos valores e crenças existentes na família sobre a doença e o adoecer; a resposta familiar à fase aguda, que diz respeito à reação e à adaptação imediata da família a um diagnóstico de uma doença num seu elemento; a adaptação à doença e à reabilitação, refere-se à reorganização familiar em torno de um paciente com uma incapacidade e readaptação após a sua recuperação.

O modelo do impacto assume que a ocorrência de uma doença crónica é um momento de crise que exige da família a capacidade de se adaptar a uma ocorrência difícil, mas realçando que doença, incapacidade e morte são experiências universais que colocam desafios normais e comuns às diversas famílias que os enfrentam (Roland, 1993, cit Sousa et al 2007,p.29).

3 - A Emergência dos Cuidados Continuados de Saúde em Portugal

“A Dignidade Humana é o reconhecimento de um valor. É um princípio moral baseado na finalidade do ser humano e não na sua utilização como um meio. Isso quer dizer que a Dignidade Humana está baseada na própria natureza da espécie humana a qual inclui manifestações de racionalidade, de liberdade e de finalidade em si, que fazem do ser humano um ente em permanente desenvolvimento na procura da realização de si próprio.”

Sapeta (2011, p.88)

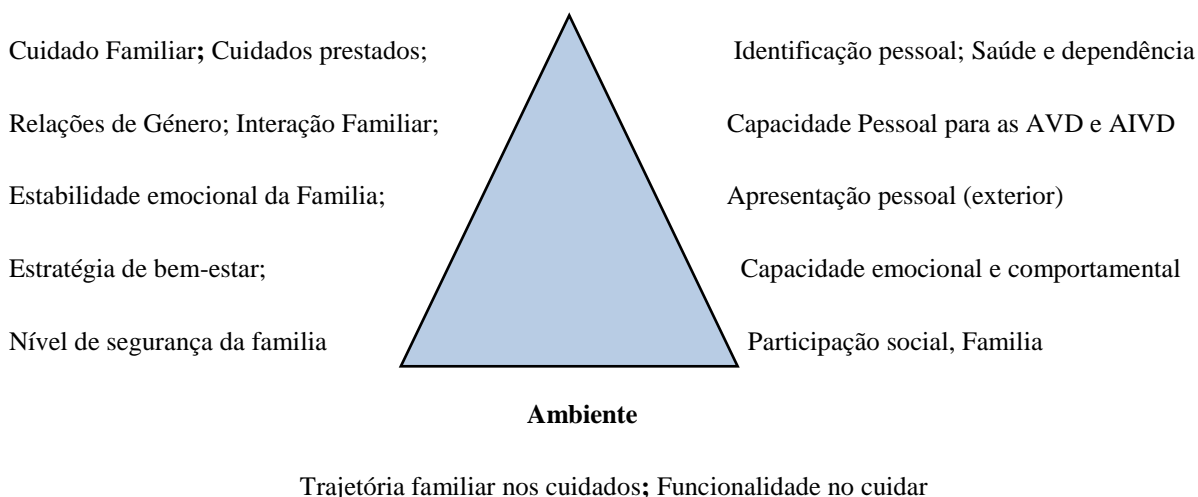
De acordo com os Censos 2011, Portugal apresenta um quadro de envelhecimento demográfico acentuado, com 19,15% de população idosa (pessoas com 65 e mais anos), 14,89% de população jovem (pessoas com 14 e menos anos) e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos. Prevê-se que, em 2050, se acentue a tendência de involução da pirâmide etária, com 35,72% de pessoas com 65 e mais anos, e 14,4% de crianças e jovens, apontando a longevidade para os 81 anos (84,1 no que respeita às

*mulheres e 77,9 no que respeita aos homens), em vez dos atuais 79,20 (80,57 para as mulheres e 77,9 no que respeita aos homens), em vez dos atuais 79,20 (80,57 para as mulheres e 74,0 para os homens). Notória é, ainda, a presença maioritária de mulheres (58%) no grupo etário dos 65 e mais anos, em relação à dos homens do mesmo grupo (42%), sinal da “feminização” do envelhecimento que se observa na sociedade portuguesa desde 1900. (Carvalho, M.2012, p.139). O perfil epidemiológico da população portuguesa está a mudar devido ao aumento da esperança de vida. O efeito associado da diminuição da mortalidade e da natalidade, o aumento da esperança média de vida, tem-se traduzido no envelhecimento progressivo da população portuguesa nas últimas décadas. Segundo o Despacho Conjunto nº 407/98, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade *as transformações demográficas, sociais e familiares que vêm operando-se na sociedade portuguesa determinam novas necessidades para certos grupos da população, nomeadamente as pessoas mais idosas, as pessoas com deficiência e as que têm problemas de saúde mental.**

Esta evolução demográfica, gera também necessidades futuras já que a população com mais de 65 anos tem um consumo, em cuidados de saúde, três vezes superior ao resto da população. Esta situação associada à mudança da estrutura das famílias gera novas necessidades de saúde e necessidades sociais, que requerem respostas novas e diversificadas na área da saúde e social, que possam satisfazer a procura de cuidados de saúde por parte de pessoas idosas com dependência funcional, pessoas com patologia crónica e pessoas com doenças incuráveis e em fase final de vida. A concretização deste objetivo pressupõe a instituição de novos modelos de intervenção integrados e articulados pelos Ministérios da Saúde e da Segurança Social, de natureza preventiva da dependência, recuperadora da autonomia e de cuidados paliativos, que irá envolver a participação e colaboração com outros parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado com principal incentivador. Segundo o Despacho Conjunto nº 407/98, o modelo de cuidados e novos serviços coloca o doente no centro da resposta às suas necessidades de saúde, tendo como objetivo *promover a autonomia das pessoas em situação de dependência e o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações e, como lógica de intervenção, privilegiar a prestação de cuidados no domicílio, sem prejuízo da possibilidade do recurso ao internamento em unidades residenciais sempre que este se mostra necessário ao processo de reabilitação com a promoção de condições de autonomia que habilitem as pessoas a regressar ao seu domicílio.* Estas mudanças exigem um novo olhar sobre os cuidados às pessoas com dependência, formação dos profissionais, trabalho em equipa e

multidisciplinaridade na avaliação e resposta a essas pessoas, pelo que têm que adaptar-se à mudança e encontrar novas formas de responder a esta situação.

FIGURA 4 - Estruturação do Modelo Ecológico em Cuidados Continuados



Fonte: Adaptado de Sousa, et al (2007, p.26)

“A consciência desta nova realidade portuguesa e de toda a Europa faz emergir insuficiências do sistema nacional de saúde ao nível da adequação dos cuidados necessários nas situações de dependência, uma sociedade em mudança. Deste modo, evidenciou-se um conjunto de carências que requerem respostas novas e diversificadas, as quais conduzem simultaneamente à reorganização do sistema de saúde e de apoio social, são algumas das questões prioritárias face aos novos desafios no atual contexto sócio-demográfico europeu.” (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI] 2006).

“O País tende a reproduzir os problemas de saúde das sociedades urbanizadas e industrializadas, nomeadamente a compreensão da mortalidade associada ao aumento da esperança de vida, as incapacidades instaladas pela sinistralidade e os problemas relacionados com atitudes e comportamentos sociais desajustados.” (Augusto, B. & Carvalho, R., 2005, p.15) As várias transformações operadas na sociedade, nomeadamente o envelhecimento da população e a alteração dos equilíbrios sociais, determinam necessidades para certos grupos de pessoas, das quais se destacam os idosos, os indivíduos portadores de doença crónica e os deficientes, pois exigem uma crescente necessidade de prestação de

cuidados continuados, sendo esta a forma mais humanizada de resposta. *“Verifica-se por um lado que o envelhecimento da população modifica as características da procura de cuidados, pela presença de patologias múltiplas sobretudo de expressão crónica, não conduzindo sempre ao internamento prolongado numa instituição, mas sim ao seu regresso a casa, onde permanecem muitas vezes sozinhos.”* (Honoré, 2002, cit. Augusto, B. & Carvalho, R., 2005, p.15). As consequências diretas em termos de saúde traduzem-se por um aumento considerável da procura de cuidados, sendo os idosos os maiores utilizadores dos serviços de saúde. Quando a pessoa se encontra numa situação de doença ou incapacidade, os seus direitos tomam mais acuidade, dada a vulnerabilidade bio-psico-social a que está sujeita, assumindo o respeito pela dignidade humana vital importância na relação com o utente. Assim sendo, devem ser garantidos os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, sejam eles de natureza preventiva, curativa, de reabilitação ou terminais. Neste contexto, a continuidade da prestação de cuidados é um direito fundamental. *“A prestação de cuidados continuados é um direito fundamental já que a inoperância desta continuidade poderá coartar o sucesso de todo o empenho da equipa de cuidados, verificando-se uma rotura na sua existência e consequentemente um retrocesso na sua recuperação.”* (Branco & Santos, 2010, p.127). O Direito à prestação de cuidados continuados, só será assegurado se ao doente e à sua família forem proporcionados os conhecimentos e informações que se mostram essenciais aos cuidados que o doente deve continuar a receber no domicílio, de forma a não haver quaisquer quebras na prestação de cuidados. Tal facto, exige uma resposta pronta e atempada dos diversos níveis de prestação de cuidados como garantia de eficácia do atendimento do utente, o que implica uma perfeita coordenação. Espera-se que a implementação destes cuidados crie um círculo virtuoso evitando ou reduzindo o ciclo de sofrimento das famílias e doentes com necessidades de promoção da autonomia, redução da dependência, contribuindo para o equilíbrio sócio afetivo das famílias, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados. Pretende-se prevenir, reduzir e adiar as incapacidades levando a promoção da autonomia e a funcionalidade, contribuindo para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa. *“Os Cuidados Continuados são cuidados de natureza multidisciplinar e intersectorial com áreas específicas de articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde e a rede social de apoio com projetos definidos de intervenção e gestão, sendo em Portugal considerada uma prioridade.”* (Branco & Santos, 2010, p.128). Os Cuidados Continuados Integrados (CCI) definem-se como *“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente da*

avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.” (Artº 3º, alínea a) do D.L. nº 101/2006, de 6 de Junho). No âmbito da tipologia destes cuidados devem ser consideradas as preocupações dos utentes, das famílias, dos profissionais de saúde e sociais. Devem complementar os cuidados prestados em Sede de medicina curativa (Hospitais e Centros de Saúde) ao potenciar resultados através da reabilitação e manutenção.

3.1 - A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, na qual se inscrevem também os cuidados paliativos de acompanhamento e apoio no fim de vida³, constitui a resposta socialmente organizada no nosso País para fazer face às necessidades das pessoas com dependência funcional, dos doentes com patologia crónica múltipla e das pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. Esta Rede tem como objetivo fundamental proporcionar às pessoas mais e melhores cuidados de saúde, em tempo útil, com eficácia e humanidade. É constituída por todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde, destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e conforto dos cidadãos que necessitam dos mesmos.

A RNCCI, tem como objetivo por um lado retirar dos hospitais as pessoas idosas e dependentes, que não necessitam desses serviços altamente especializados. A permanência nos hospitais de agudos para as pessoas que se encontram estabilizadas deve ser evitada pois correm o risco de contrair novas infeções dado serem uma população fisicamente fragilizada. Por outro lado a RNCCI integra as pessoas idosas e dependentes em estruturas novas e adequadas à sua situação específica, financeiramente sustentável, com base numa

³ Recentemente foi criada a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, a 5 de Setembro de 2012, pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº 52/2012 de 5 de Setembro). Constitui objetivo global da RNCP a prestação de cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva.

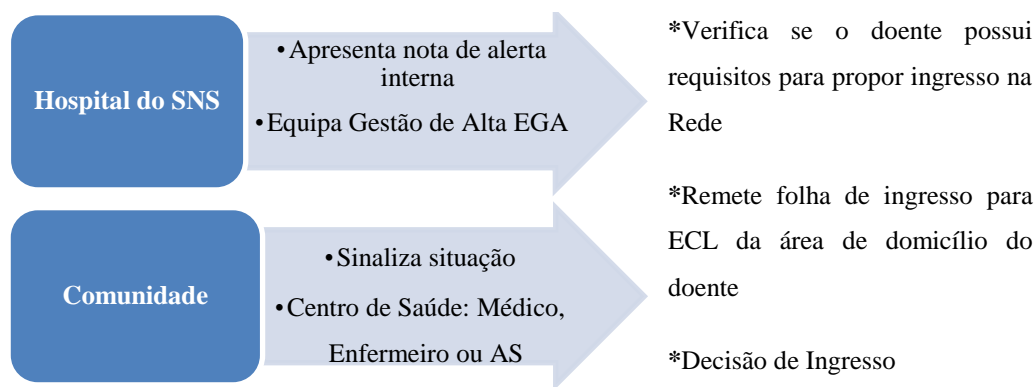
tipologia de respostas adequadas caso a caso. Esta rede assenta em parcerias públicas, sociais ou privadas, em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social.

Os valores e objetivos da RNCCI passam pela prestação individualizada e humanizada de cuidados; continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em Rede; equidade no acesso e mobilidade, entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede; proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade; multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados; avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos da funcionalidade e autonomia; participação das pessoas em situação de dependência e dos seus familiares ou representante legal na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as Unidades e equipas da rede; participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados; eficiência e qualidade na prestação dos cuidados; otimização do conforto, função e suporte social aos doentes e familiares quando a cura não é possível.

Segundo o Despacho conjunto nº 19040/2006 dos Ministros de Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, a coordenação da Rede processa-se ao nível nacional, regional e local, permitindo-se, assim a articulação entre os diferentes níveis de coordenação da rede, garantindo flexibilidade e sequencialidade na utilização das Unidades e Equipas que a compõem. Ao nível regional, a RNCCI encontra-se distribuída por cinco equipas multidisciplinares, nas regiões do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, sendo estas constituídas pelos representantes das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e dos Centros Distritais da Segurança Social; ao nível regional, pelas Equipas também multidisciplinares de âmbito concelhio, integrando no mínimo, um Médico, um Enfermeiro, um Assistente Social e, sempre que necessário, um representante da autarquia local. A referenciação para a RNCCI pode ser efetuada através da equipa de gestão de altas do hospital, uma equipa multidisciplinar, com o objetivo de preparar e gerir a alta hospitalar em articulação com outros serviços, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais ou pelos Centros de Saúde. As EGA (Equipas de Gestão de Altas) e as ECL (Equipas Coordenadoras Locais) respondem diretamente à Coordenação Nacional. Estas Equipas integram pela saúde no mínimo um Médico e um Enfermeiro, e um Técnico da Segurança Social. São elas que ao nível local coordenam o processo. Encontram-se localizadas nos hospitais de agudos, que articulam com os serviços de internamento desse

hospital de forma a preparar e gerir a alta dos doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, para que seja assegurada a continuidade de cuidados na Rede.

FIGURA 5 - O Ingresso na RNCCI



Fonte: Adaptado de Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009): Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos – A Dependência: Apoio Informal, a Rede de Serviços e Equipamentos e os Cuidados Continuados Integrados. Url: http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf

Toda a intervenção e prestação de cuidados na Rede, é baseada num plano individual de cuidados e no cumprimento de objetivos definidos para cada caso em função das necessidades de saúde e do grau de dependência de cada pessoa. As respostas da RNCCI realizam-se através de Internamento: Unidade de Convalescença; Unidade de Média Duração e Reabilitação; Unidade de Longa Duração e Manutenção; Unidade de Cuidados Paliativos (doenças oncológicas); de Ambulatório: Unidade de Dia e Promoção da Autonomia; de Domicílio: Equipa de Cuidados Continuados Integrados; Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos. Especificamente, *“A unidade de convalescença é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.”* (art. 13.º do DL n.º 101/2006). Nesta Unidade visa-se responder a necessidades transitórias do utente, promovendo-se a sua reabilitação e independência. Destina-se a internamentos até trinta dias consecutivos.

A UMDR, é *“uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou*

descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.” (art. 13º do DL nº 101/2006). Os cuidados a prestar são principalmente a reabilitação, manutenção e apoio social e a reintegração dos utentes no seu meio habitual de vida, autonomamente. A ULDM é uma “unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.” (art. 13.º do DL n.º 101/2006). Nesta Unidade são prestados cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. As Unidades de Dia e Promoção da Autonomia “prestam cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para ser cuidadas no domicílio.” (nº1 do Art.21º do DL nº 101/2006). As Equipas de Cuidados Continuados Integrados, são “equipas multidisciplinares da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que prestam serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio.” (nº1 do Art.27.º do DL nº 101/2006). As Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos são “equipas multidisciplinares que prestam apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos.” (n.º 2 do Art.29.º do DL n.º 101/2006).

4- A intervenção do Assistente Social no âmbito da saúde

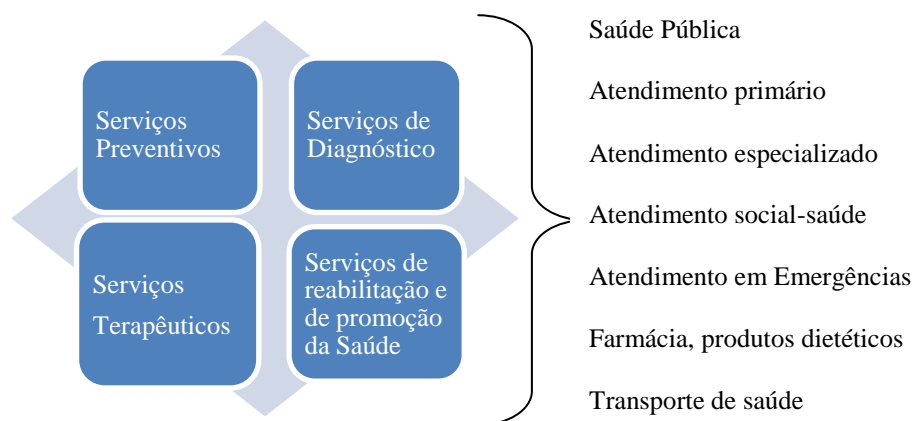
“Ao Assistente Social que tem como objeto a questão social cabe organizar, aprofundar, ampliar, desenvolver, facilitar conhecimentos e informações sobre todos os aspetos da história e da conjuntura relativos à saúde e seus determinantes (...).”

Vasconcelos, (2006, p.435) cit. Carvalho, M .(2012, p.8)

“O Serviço Social tem sido, desde a sua criação, uma atividade de defesa dos Direitos Humanos, tendo por princípio base o valor intrínseco de cada ser humano e como um dos seus principais objetivos, a promoção de estruturas sociais equitativas, capazes de oferecer às pessoas segurança e desenvolvimento, ao mesmo tempo que defendem a sua dignidade.” (ONU,1999,p.17). O Serviço Social rege-se por valores ou princípios éticos: vida; liberdade e autonomia; igualdade e não discriminação; justiça; solidariedade; responsabilidade social; evolução, paz e não violência; relações entre o homem e a natureza; ética do cuidado, ética da solidariedade, ética da co-responsabilidade. Segundo o Código Deontológico do Assistentes Social, a Ética da Intervenção Profissional fundamenta-se na Promoção do desenvolvimento de capacidades e competências sociais, sejam elas coletivas ou individuais. Ao nível cognitivo, fornecendo informação aos indivíduos, incentivando a sua compreensão para o funcionamento da sociedade e orientando-os sobre a melhor forma de utilizarem os seus recursos. Ao nível relacional, facilitando o desenvolvimento das relações interpessoais e grupais, capacitando os indivíduos a assumirem novos papéis e estimulando novas formas de comunicação e expressão; organizativo, promovendo a interação entre cidadãos, organizações e outras estruturas sociais, acionando ou criando novos recursos sociais e desenvolvendo a participação e a capacidade organizativa dos indivíduos e grupos.

A intervenção dos Assistentes Sociais desenvolve-se por referência ao Código de Ética adotado pela Federação Internacional dos Assistentes Sociais, o qual estabelece os direitos humanos e a justiça social como princípios fundamentais da atuação destes profissionais. A DGS (2006), considera que, em termos gerais, o Serviço Social na Saúde atua: *“Na avaliação dos fatores psicossociais que interferem na saúde de pessoas, grupos e comunidades com especial atenção para situações identificadas como de risco e vulnerabilidade; na avaliação dos fatores psicossociais envolvidos no tratamento da doença e reabilitação; na intervenção psicossocial a nível individual, familiar e grupal; no aconselhamento e intervenção em situações de crise por motivos médicos e/ou sociais; na promoção da prestação de serviços de qualidade centrados no doente e baseados em parcerias com o doente, a família e cuidadores informais, na advocacia social em favor do doente e família; na avaliação e criação de recursos sociais nas comunidades locais de referência; na definição e realização de programas de prevenção e promoção da saúde e comunitária; na educação e informação em saúde; na mobilização, organização e coordenação das entidades e atores sociais relevantes para a prestação de cuidados de saúde e sociais.”* (DGS, 2006, p.5).

FIGURA 6 - Serviços e Âmbitos de Intervenção do Serviço Social de Saúde



4.1- O Assistente Social na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

“A intervenção dos Assistentes Sociais nos serviços de internamento, pela centralidade que coloca na dimensão psicossocial do adoecer e do estar doente, visa a humanização e a qualidade dos cuidados, a satisfação dos doentes e famílias, e ainda a rentabilização dos recursos de saúde e sociais próprios de cada Unidade de Internamento.”

**(Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI ,
2006, p.9)**

A missão essencial do Assistente Social no modelo de cuidados integrados da RNCCI será a de enfatizar a relevância e a centralidade dos fatores psicossociais, enquanto determinantes ou favorecedores do tratamento, da reabilitação, da readaptação e da reintegração dos doentes/dependentes nos ambientes sociais que mais se lhes adequam e favorecem o desenvolvimento de todas as suas potencialidades. O seu perfil é orientado para a prestação de cuidados e a gestão personalizada da situação e necessidades globais do cidadão-doente, bem como para o trabalho de organização e educação de pessoas com interesses afins em matérias de saúde e doença. Como gestor de caso e monitor da continuidade, integralidade e qualidade dos cuidados, visa promover a manutenção, o reforço ou o restabelecimento das relações interpessoais do doente com a equipa, a família e as redes de sociabilidades. Como mediador e fomentador das redes de suporte social a sua efetividade visa assegurar o apoio

material e o suporte emocional à família. Como provedor e conselheiro da família, visa potenciar a reinserção social do doente no seu meio habitual de vida, com qualidade e suporte adequados. Como mediador da prestação de bens e serviços ao doente e família, visa contribuir para a efetividade dos cuidados e eficácia dos serviços prestados pelas instituições do SNS. Como promotor da qualidade e humanização dos cuidados e serviços, visa motivar ou incentivar doentes, ex-doentes, familiares ou outros para a organização de ações de auto-ajuda e/ou voluntariado. Como dinamizador de indivíduos e organizador de grupos, potenciar a consciencialização dos cidadãos sobre as necessidades e as responsabilidades na saúde e na doença e fomentar a sua capacitação para uma participação ativa na melhoria dos serviços e dos cuidados. Como capacitador de populações e organizador de comunidades.

Segundo o Art.º de Boas Práticas do Serviço Social (DGS,2006) as funções do Assistente Social na RNCCI no âmbito psicossocial, passam pela **recolha da informação** sobre a situação; **planeamento, execução e avaliação da intervenção; Informação e advocacia** (direitos e recursos sociais; promoção e concretização da articulação interinstitucional e intersectorial). Na gestão de recursos, na coordenação casuística de recursos; no aconselhamento sobre custos ou taxas; no desenvolvimento e na criação de recursos comunitários o Assistente Social **planeia a continuidade de cuidados** (admissão em instituições, no planeamento de altas; nas transições de níveis de prestação de cuidados na RNCCI). **Aconselhamento** na adaptação a doença/perda, favorecendo ou apoiando grupos de suporte ou de auto ajuda, nos apoios em fim de vida. **Intervenção na crise**, em episódios agudos ou de agudização de doença, em episódios de violência, negligência ou trauma em alterações de vida decorrentes da tomada de conhecimento de diagnósticos ou de mortes. **Educação**, em programas dirigidos ao doente/ família e/ou cuidadores. **Colaboração multidisciplinar**, em defesa/advocacia de doentes ou grupos de doentes. **Trabalho de Equipa**, na ligação aos órgãos ou direções de instituições da Rede; trabalho de grupo, em função das necessidades e motivações de grupos de utentes/doentes dos serviços de saúde. Ações vocacionadas para a criação de trabalho voluntário ou de suporte ao já existente. **Organização Comunitária**, para a satisfação de necessidades dos cidadãos em prestação de cuidados ou serviços, visa-se a prestação de cuidados e de serviços de proximidade necessários ao maior bem-estar, autonomia e inserção social ou sócio-profissional dos doentes/dependentes.

4.2 - O Assistente Social como elo de ligação do doente crónico e da família

“O contributo passa pelo estabelecimento, com a família, de uma relação de confiança, baseada na disponibilidade para ouvir, prestar atenção e aceitar o outro como pessoa, através de uma comunicação eficaz, uma vez que os aspetos afetivos são muito importantes para minorar os seus sentimentos de insatisfação e sofrimento. O acolhimento, a elaboração do plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade dos cuidados são os quatro momentos metodológicos identificados na intervenção do Assistente Social (...)”

Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCL, (2006, p.9)

No **Acolhimento**, junto ao doente e/ou Família, o Assistente Social funciona como suporte emocional (identificação/interpretação das perdas sofridas, facilitar a aceitação e capacitação para a superação das mesmas). Apoia a integração do doente e/ou família nas unidades de internamento (presta informações acerca de direitos e deveres). Gestão de expectativas (tempo de internamento, benefícios disponíveis, condições de vida após o internamento, visando a preparação da alta). Apoio à adaptação ao contexto da doença e/ou dependência do doente (informação sobre direitos sociais: subsídios na doença; isenções; acompanhamentos; transportes; alimentação; serviços voluntários; vida profissional/escolar). Recolha de informação pertinente para a preparação da alta e continuidade dos cuidados (cultura, escolaridade, profissão, habitação...). No **Plano Individual de Cuidados**, o Assistente Social confirma com o doente e a família os cuidados e tratamentos previstos, esclarece dúvidas e reforça a informação sobre direitos e deveres de doentes e familiares e acesso a serviços ou bens, elabora uma esquematização do plano de cuidados, com tempos previstos e metas a atingir, orienta os doentes e familiares para os serviços de apoio especializado, nomeadamente ao nível jurídico, psiquiátrico, entre outros. Preparação para a morte e apoio no luto, quando apropriado. No **Acompanhamento Psicossocial**, na atenção e acompanhamento no processo de tratamento, reabilitação, readaptação e reintegração social. Serve de suporte emocional (sentimentos e receios provocados pela doença e suas consequências); suporte ao próprio doente e família (ajuda nas mudanças provocadas pela doença e/ou tratamento, nomeadamente ao nível físico, emocional, comportamental, familiar, profissional, relacionamento social, hábitos e estilos de vida); suporte ao doente e família na

coesão familiar (gestão de conflitos, redistribuição de papéis, seleção de estratégias na melhoria da comunicação e prevenção da exclusão do doente do seu sistema familiar); incentivar e estimular à adesão ao ensino/aprendizagem; informar, orientar e capacitar os doentes e familiares em contexto da proteção social na doença, na reabilitação, na readaptação e reinserção familiar, social e laboral; capacitar o doente e/ou família para uma gestão eficaz da doença (maximizar os recursos pessoais e comunitários e na integração dos cuidados); exercício de advocacia em prol do doente e da família no que respeita ao acesso a prestações sociais e/ ou serviços); fornecimento dos meios necessários ao contacto, regresso ou ingresso na Unidade de Saúde em situações programadas ou de urgência; incentivo à reinserção profissional ou escolar do doente bem como à promoção da sua participação em actividades ocupacionais ao seu estado de saúde. Na preparação da continuidade dos cuidados: planeamento da alta e continuidade dos cuidados e elaboração do Relatório Social. Ao planear a alta do doente com o familiar cuidador, o Assistente Social verifica a existência de todo o equipamento necessário à transferência segura do doente e a aquisição e instrução ou treino para o seu uso; verifica se o doente e a família entenderam o plano de cuidados; desenvolver a elaboração de anotações sobre o plano, para facilitar informações acerca dos profissionais, equipas, instituições e outros recursos que vai ter de procurar/contactar no percurso da prestação dos cuidados de tratamento, reabilitação, readaptação e reinserção e lembrar que o plano é flexível (muda com a evolução das condições do doente e do funcionamento dos serviços, tendo por isso de ir sendo atualizado).

4.3 - A Relação Terapêutica

“Um desafio à inteligência e liberdade total sobre o significado da existência humana, enquanto existência da tua pessoa como humano.”

Saúde, J. (2009, p.11)

A Relação, enquanto instrumento de ajuda é um território privilegiado no Serviço Social, é intrínseco ao seu património. A relação de ajuda ganhou importância e relevo com autores como *Carl Rogers, Jacques Chalifour, Hélène Lazure*, bem como as teóricas incluídas na Escola de Interação, cujas teorias estão imersas na corrente humanista e se tornaram clássicas e paradigmáticas. São diversos os significados atribuídos à *ajuda*: «ser útil a»,

«favorecer o crescimento pessoal», «mostrar o caminho», «ação de intervir a favor de uma pessoa conjugando os seus esforços aos desta». Estabelece-se entre um indivíduo que se encontra numa situação de mal-estar e/ou doença e outro que tem os instrumentos e a preparação para aliviar esse mal-estar. **(Anexo V).** *“O sofrimento decorrente da dor em situação de dor crónica pode ser devastador se o doente se sentir profundamente só, se não for ajudado, pela família e amigos e pelos profissionais de saúde, a mobilizar os seus recursos internos para o enfrentar, a modificar os seus valores pessoais, procurando aceitá-lo, adaptando-se e (re) encontrando um sentido para a doença, para o sofrimento e para a sua vida. Daqui se percebe que recuperar o sentido da vida, nesta fase de doença, de dor e de sofrimento é imprescindível, mas difícil.”* (Sapeta, 2011, p.79).

Segundo Rogers (1984) cit Sapeta (2001), a relação de ajuda pode ser definida, como uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, expressão e utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo. Desta definição abrangente retira-se o seu objetivo central, o de facilitar o crescimento. É um instrumento terapêutico que se evidenciou muito útil no âmbito clínico, assim como em contextos de educação ou legais. *“Na relação de ajuda promove-se a motivação para a mudança, abordando os problemas e ajudando a tomar decisões partindo sempre do pressuposto democrático e anti-paternalista, com obediência máxima a todos os princípios éticos (...) É necessário estabelecer uma relação de ajuda que compreenda os princípios orientadores do comportamento, os utilize e os adapte a cada um em particular.”* (Sapeta, 2011, p.57).

As relações interpessoais são interações sociais e emocionais recíprocas entre o doente e as outras pessoas das equipas de saúde e do seu meio envolvente. Há áreas relativamente às quais, frequentemente, ocorrem conflitos, mesmo que não manifestados: tratamento, vida conjugal e familiar; religião e emprego. É relevante conceder não apenas as dimensões objetivas da situação dos indivíduos (condição sócio-económica, redes sociais de suporte...) mas igualmente às vertentes subjetivas (fragilidade emocional decorrente da situação de doença, modos de viver a doença, alterações psicológicas associadas à doença e/ou tratamento). A relação terapêutica constitui-se como o protótipo de todas as relações humanas ao serviço da articulação, elaboração e revisão das construções mentais, empregues pelo paciente, como forma de organizar a sua experiência e ação. *“Na relação de ajuda promove-se a motivação para a mudança, abordando os problemas e ajudando a tomar decisões partindo sempre do pressuposto democrático e anti-paternalista, com obediência*

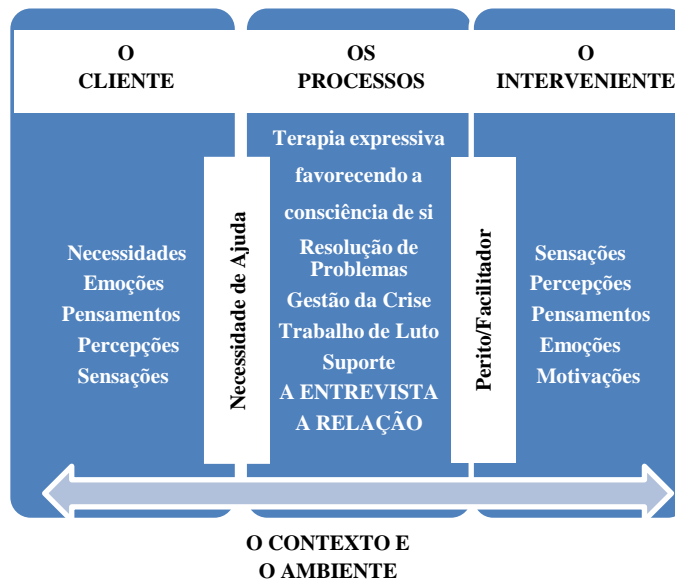
máxima a todos os princípios éticos. Rogers aponta como atitudes fundamentais no processo de ajuda a: empatia, que pressupõe capacidade de escuta, escuta integral, ativa e capacidade de clarificar, compreender o outro, “ressoar” os seus sentimentos (...)” (Sapeta, 2011, p.59).

Segundo Heron (2001) cit. Sapeta, (2011) aponta um conjunto de atributos necessários para quem presta ajuda e cuidados, tais como: a sincera aceitação do outro; abertura e sintonia/empatia para com a realidade vivenciada pelo outro; compreensão das necessidades do outro para permitir o seu bem-estar essencial e desenvolvimento; habilidade para facilitar a realização dessas necessidades da forma e no tempo certo e uma presença autêntica. Chalifour na sua abordagem existencial humanista apresenta um modelo de relação de ajuda inspirado em três premissas: 1) O cliente possui recursos latentes que lhe permitem atualizar de um modo ideal todas as suas características. As dificuldades que vive privam-no, temporária ou permanentemente, de os reconhecer, aceitar e viver plenamente. Assim, a intervenção consiste em ajudá-lo a libertar-se de certos entraves que o impedem de reconhecer o seu modo particular de estar no Mundo, acolhê-lo de modo a que este possa desenvolver-se segundo a sua natureza e, eventualmente, em eliminar transitória ou permanentemente as suas incapacidades; 2) O Ser Humano enquanto ser de relação, pois é através da qualidade das relações que estabelece com o seu ambiente humano e físico, que o homem percorre o seu caminho e faz a atualização ideal dos seus recursos. É de considerar também as relações que mantém consigo próprio. A pessoa deve ser percebida enquanto unidade, relações, processos, interações, liberdade e criatividade, e não enquanto partes separadas e isoladas do seu ambiente, do todo. 3) O Interveniente: é na expressão consciente das suas qualidades pessoais e profissionais que se situa a base de todas as suas intervenções, serão as suas qualidades humanas os seus principais utensílios.

“O modelo desenvolvimentista de Chalifour compreende quatro componentes: o cliente, que constitui a razão de ser desta relação e que transporta em si a finalidade deste sistema, com uma necessidade de ajuda mais ou menos definida; o interveniente, que ajuda o cliente a reconhecer as suas necessidades e os seus recursos, em função das suas necessidades, usa de modo sustentado as suas competências ao serviço desta relação de forma a ajudá-lo a mobilizar certos processos de natureza psicoterapêutica; deve possuir habilidades, conhecimentos, atitudes e comportamentos intencionais, que garantam qualidade nas relações, mediante a compreensão empática, a autenticidade e o respeito caloroso; os processos, que representam diferentes modos de estar em relação; o ambiente

físico e social, e o contexto da relação, que influenciam diretamente a forma e a estrutura da relação e o tipo de serviço oferecido.” (Chalifour, 2008, p.11).

FIGURA 7- Relação de Ajuda Profissional



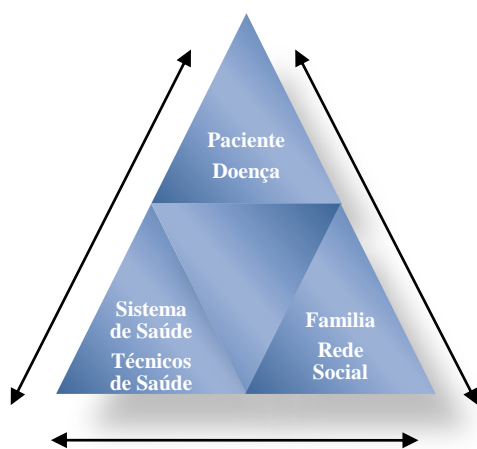
Fonte: Adaptado Sapeta (2011, p.63), cit. Chalifour (2008, p. 11)

Os resultados terapêuticos pretendidos na cronicidade da doença, passam pela busca de conforto e de bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual, e em que toda a ação terapêutica deverá estar centrada nas necessidades individuais manifestadas pelo doente e pelos seus familiares. A intenção terapêutica não passa pela cura ou pela recuperação, mas antes por conferir dignidade, aceitar os limites com tranquilidade e serenidade. Além da dor, a equipa deve valorizar e tratar os outros sintomas presentes e que concorrem para agravar esse sofrimento e, transversalmente, pautar toda a sua ação num padrão de comunicação, culturalmente sensível, de informação, orientação, honestidade e de ajuda verdadeira, ou seja, procurando fomentar uma aliança terapêutica. Nesse sentido, é conveniente desenvolver um padrão de comunicação que dê oportunidades ao doente de expressar livremente os seus sentimentos, medos e angústias. *Perguntar diretamente ao doente, o que sabe sobre a sua doença, se está a sofrer e porquê? O que mais o amedronta, que alterações esta situação lhe trouxe para a sua vida? Como lida com a situação? O que faz para se sentir melhor?* (Cassel, 1999, cit. Sapeta, 2011, p.80).

Segundo F.Cabos et al (2002), os aspetos que devem ser fomentados-favorecidos na

intervenção dos profissionais na atenção à família, são a comunicação efetiva intrafamiliar; a transição progressiva perante os novos papéis desenvolvidos; a distribuição de tarefas; não anular as capacidades do doente, favorecendo o seu auto-cuidado; reconhecimento da importância do cuidador familiar primário, identificação e execução de atividades que diminuíam a sobrecarga do cuidador; manutenção da rotina familiar; diminuir a alteração que provoca a doença; receção de apoio social interno (apoio recebido pelos seus membros); receção de apoio externo e receção de apoio externo à família, evitando o isolamento social.

FIGURA 8 - O Triângulo Terapêutico



Fonte: Adaptado de Doherty W, Baird (1983) cit. Sousa et al (2007)

Segundo Doherty e Baird (1983), cit. Sousa et al (2007) o paciente, a família e o profissional de saúde são corresponsáveis pelos processos assistenciais. O profissional é uma parte integrante do sistema e, por isso, a forma como intervém com o paciente e a sua família pode influenciar o processo da doença. Segundo, Minuchin et al, cit. Sousa et al (2007) a família é a fonte principal das crenças e tipos de comportamento relacionadas com a saúde, as tensões que sofre através do seu ciclo evolutivo podem-se manifestar como sintomas.

CAPÍTULO 2 – A INVESTIGAÇÃO REALIZADA

“No trabalho de campo o investigador tenta compreender acontecimentos cuja estrutura é demasiado complexa para ser apreendida de imediato, se se tiverem também em consideração os limites do espírito humano relativamente ao tratamento da informação.”

Hébert, M. ; Goyette G.; Boutin G. (1990 , p.157)

1. Contextualização do Estudo: Os Cuidados Continuados Integrados numa UMDR/ULDM

O presente estudo decorre numa UCCI do nosso País, por um período de três meses, de Fevereiro a Maio de 2012. A Instituição alvo do Estudo constitui uma Resposta Social, com múltiplos serviços através das seguintes valências: a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade tendo em vista a sua recuperação global na valência de **Unidades de Cuidados Continuados**; acolhimento com carácter permanente ou temporário das pessoas, de ambos os sexos que, com idade superior a 65 anos ou inferior em situações excecionais, não veem assegurada, por motivos de ordem diversa, a possibilidade da sua permanência no seu meio próprio ou familiar , na valência de **Lar** com 40 camas; o apoio a pessoas com total ou parcial autonomia e que não disponham de proteção e de retaguarda sócio-familiar durante o período diurno na valência de **Centro de Dia** com capacidade para 50 utentes; a prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária na valência de **Apoio Domiciliário** ao nível da alimentação e higiene.

Nesta Instituição também funciona o Gabinete de Ação Social que acompanha e desenvolve todas as atividades de cariz social nas diversas valências da Instituição. Este equipamento instalado em edifício próprio dispõe de fácil acesso, desenvolve-se em três pisos, um dos quais é térreo, e tem assegurado boas acessibilidades, designadamente através de ascensor e monta-macas, este servindo igualmente como monta-cargas, bem como

condições para uma evacuação rápida em caso de emergência. As circulações horizontais permitem a livre circulação de pessoas com ou sem cadeiras de rodas, não existindo barreiras físicas e estão equipadas com corrimão e ou prateleira de apoio, de ambos os lados nos corredores e nas escadas, existindo pequenos recantos integrados nas circulações para repouso/pausa. No dia 12 de Janeiro de 2006 a Instituição recebeu os primeiros utentes, nomeadamente, dois idosos para a valência de Lar e três doentes provenientes do CAD (Centro de Apoio a Dependentes), valência desta Instituição e o “embrião” das atuais Unidades de Cuidados Continuados.

As Unidades situam-se no primeiro piso da Instituição. Na ala direita funciona a ULDM e na ala esquerda funciona a UMDR. Cada Unidade é constituída por cinco quartos duplos, dispondo de arejamento e iluminação naturais, e que poderão ser obscurecidos quando necessário com sistema móvel de separação entre as camas. Cada quarto possui instalação sanitária, com sanita, bidé e lavatório. Os chuveiros estão ao nível do pavimento, com escoamento adequado de águas, a fim de facilitar a entrada de pessoas em cadeiras de rodas e piso antiderrapante com suportes bem fixados, para ajuda nas entradas e saídas. O piso ainda possui instalação sanitária com banheira em ilha que permite a circulação de cadeiras rodas e facilita o uso de elevadores para o banho assistido. No primeiro piso onde se situa a UMDR e ULDM podemos ainda encontrar as seguintes áreas: sala de Enfermagem com instalações sanitárias, sala de estar / refeições, zona de sujos, copa, zona de limpos e rouparia de piso. Existem ainda outras áreas que embora estejam situadas no rés-do-chão do edifício apoiam o funcionamento diário das Unidades de Cuidados Continuados: lavandaria; sala de reuniões; sala de atendimento; farmácia, equipada com armários/gavetas de medicação, carros de medicação e frigorífico para medicação; gabinete de direção; gabinete médico; sala de apoio de enfermagem/esterilização; refeitório; bar; sala de tv; sala de convívio; gabinete de ação social; barbeiro/cabeleireiro; instalações sanitárias para Homens, Senhoras e para pessoas com deficiência; capela e cozinha.

Relativamente ao quadro de pessoal do edifício, trabalham sessenta e sete funcionários com vínculo de efetividade com a Instituição e dezoito prestadores de serviços o que perfaz um total de oitenta e cinco pessoas. Porém de forma direta e de acordo com as seguintes categorias trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados: um Médico (prestador de serviço); treze Enfermeiros (doze prestadores de serviço); dois Fisioterapeutas (um Efetivo e um Estagiário); uma Terapeuta da Fala (prestador de serviço); um Nutricionista (prestador de serviço); uma Animadora Sociocultural (efetiva); uma Psicóloga Clínica

(contrato de trabalho); uma assistente social (efetiva); dez trabalhadoras de serviços gerais (efetivas) e uma técnica de farmácia (prestadora de serviço). No que respeita ao horário de funcionamento da instituição, este realiza-se entre as 9h e as 17h:30 de segunda à sexta-feira. O horário de visitas realiza-se entre as 14h-20h, todos os dias da semana. As refeições realizam-se às 8h para o pequeno-almoço, às 10h o reforço, às 12h para o almoço, às 15h para o lanche, às 18h para o jantar e às 21h para a Ceia.

O objetivo geral destas UCCI's, passa pela prestação de cuidados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os objetivos específicos são o de melhorar a qualidade de vida e bem estar; promover o nível de autonomia e funcionalidade; prevenir a dependência; estimular a cognição e o estado emocional; estimular para a recuperação/manutenção de competências; acompanhar e gerir a gestão de ganhos/perdas ao nível social e clínico; preparar o utente para o regresso ao contexto familiar, social e profissional; preparar e formar a rede social informal para dar continuidade ao processo de reabilitação do utente. Relativamente à prestação de cuidados nas Unidades, tendo presente que o âmbito de intervenção da RNCCI baseia-se no princípio dos três **R's** – **Reabilitação**, **Readaptação** e **Reinserção**. Assim sendo, os profissionais que trabalham nestas Unidades seguem o seguinte método de trabalho: avaliação multidisciplinar do utente (inicial, contínua e final); promoção integrada de autonomia através de: plano individual de Intervenções (PII) capacitação do cuidador informal; acompanhamento e avaliação contínua e revisão / reformulação do plano de cuidados. Para se conseguirem resultados positivos é obrigatório: envolver o doente, família e/ou cuidador informal na elaboração do PII pois tem que se respeitar as suas capacidades, necessidades e preferências. Dar respostas organizadas e flexíveis de acordo com as necessidades e preferências dos utentes. Reconhecer que todo o profissional, quer seja da área da saúde, social ou reabilitação faz parte do mesmo sistema em que os objetivos e recursos são partilhados.

A Plataforma da RNCCI disponibilizada na Internet, é a principal ferramenta de trabalho dos técnicos da UCCI. Nesta plataforma registam e têm acesso à ficha de admissão do doente; ao seu estado funcional; caracterização habitacional; caracterização sócio-familiar do doente; caracterização económica; dados relativos à pessoa responsável pelo doente; o Plano de Intervenção Social (**Anexo VI**); o registo de contatos/diligências; a avaliação social, a dependência nas atividades operacionais e na vida diária, através da utilização das Escalas de Avaliação: Barthel, Gijon; a avaliação clínica; ao nível da intervenção, os objetivos específicos nas intervenções a desenvolver; a terapêutica prescrita;

as notas clínicas; o relatório da alta do hospital; o plano individual de intervenção da enfermagem: Escala de Katz e de Braden; os registos diários de Enfermagem: Escala de Glasgow e atividades da vida diária; avaliação de fisioterapia, contendo a reavaliação efetuada mensalmente, os registos diários de fisioterapia, o relatório de fisioterapia e anamnese adulta; o departamento para a terapia da fala, onde se registam a avaliação da afasia, a avaliação do discurso espontâneo, a recitação, o canto, a linguagem serial; o plano de intervenção de psicologia, onde se efetua o diagnóstico, os principais objetivos de intervenção, se delineiam as principais estratégias, a avaliação através da MMS (Minimal State) e a avaliação nutricional. As Escalas de Avaliação permitem registar a evolução ou regressão do doente, tendo em conta diversos contextos, as principais escalas utilizadas nesta UCCI são: a *Escala de Katz*, (**Anexo VII**) que avalia o grau de desempenho das atividades de vida diária: banho, higiene pessoal, vestuário, transferências, continência e alimentação; a *Escala de Lawton* (**Anexo VIII**), é uma escala que avalia o grau de desempenho das atividades de vida diária instrumentais, tais como, a capacidade para usar o telefone, para realizar compras, na preparação da comida, no cuidado da casa e da roupa, o uso dos meios de transporte, a responsabilidade para com a medicação, a resolução de assuntos económicos; a *Escala de Braden* (**Anexo IX**) avalia o risco de úlceras de pressão, ao nível da perceção sensorial, capacidade de reação significativa ao desconforto; humidade, nível de exposição da pele à humidade; atividade, nível de atividade física; mobilidade, capacidade de alterar e controlar a posição do corpo; nutrição, alimentação habitual; fricção e forças de deslizamento; a *Escala de Barthel* (**Anexo X**) avalia o grau de dependência nas atividades de vida diária, tais como, evacuar, urinar, higiene pessoal, ir à casa de banho, na alimentação, nas deslocações, na mobilidade, no vestuário, a deslocação nas escadas, e no banho; a *Escala de Gijon* (**Anexo XI**) é uma escala de avaliação inicial sociofamiliar do doente na deteção do risco social: situação familiar, situação económica, habitação, relações sociais e apoios da rede social. A *Escala de Morse* (**Anexo XII**) é uma escala utilizada para avaliar o risco de queda, tendo em conta o historial de quedas, os diagnósticos médicos, ajuda ao nível da marcha, a terapêutica utilizada, a mobilidade e o estado mental do doente. O *Índice de Tinetti* (**Anexo XIII**) é uma escala de avaliação funcional, compreendida por duas escalas, de equilíbrio e de marcha. A primeira é constituída por 9 itens: equilíbrio, sentado, levantado, equilíbrio em pé, entre outros; a segunda é constituída por 7 itens: início de marcha, a continuidade e simetria dos passos. A *Escala de Glasgow*, (**Anexo XIV**) é uma escala neurológica que constitui um método confiável e objetivo de registar o nível de consciência de uma pessoa, para a avaliação

inicial e contínua após um traumatismo craniano. A *Escala de Norton*, (**Anexo XV**) é uma escala de avaliação de risco para úlcera de pressão que consiste na avaliação de cinco fatores de risco: a condição física, estado mental, atividade, mobilidade e incontinência. A *Minimal State* (**Anexo XVI**) é uma escala utilizada na avaliação da orientação, memória, atenção, cálculo e linguagem.

1.1 - O Cenário Estatístico na UMDR/ULDM (2007-2012)

QUADRO 1 - O Doente Crónico na UMDR (2007-2012)

O Doente Crónico na UMDR				
	Doentes Admitidos Total)	Sexo		Média de Idades
		Feminino	Masculino	
2007	54	34	20	76
2008	50	26	24	73
2009	50	27	23	74
2010	48	25	23	77
2011	50	32	18	73
2012	43	19	24	74

Na UMDR, a média das idades dos doentes admitidos é de 75 anos. Verifica-se que são os doentes do sexo feminino quem mais ocupam esta valência, com exceção do ano de 2012, no qual se verifica um acréscimo da população masculina, com uma taxa de ocupação de 54%. No ano de 2012 verificou-se uma quebra de doentes admitidos na UMDR de 14%.

QUADRO 2 – O Doente Crónico na ULDM (2007-2012)

O Doente Crónico na ULDM				
	Doentes Admitidos (Total)	Sexo		Média de Idades
		Feminino	Masculino	
2007	32	13	19	67
2008	32	18	14	72
2009	27	18	9	72
2010	16	13	3	73
2011	21	15	6	80
2012	26	14	12	79

Na ULDM, a média das idades dos doentes admitidos é de 74 anos. Verifica-se que são os doentes do sexo feminino quem mais ocupam esta valência, com exceção do ano de 2007, no qual se verifica uma taxa de ocupação masculina de 59%.

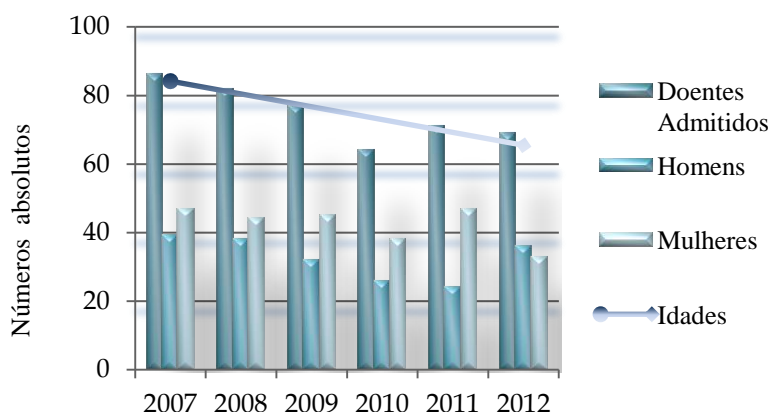
QUADRO 3 - O Doente Crónico da UMDR/ULDM (2007-2012)

O Doente Crónico na UMDR/ULDM				
	Doentes Admitidos (Total)	Sexo		Média de Idades
		Feminino	Masculino	
2007	86	47	39	72
2008	82	44	38	73
2009	77	45	32	73
2010	64	38	26	75
2011	71	47	24	77
2012	69	33	36	77

A média de idades na UCCI desde o ano de 2007 até ao ano de 2012 é de 75 anos, tendo aumentado desde 2007, de 72 anos para 77 anos em 2012. No ano de 2007 para o ano de 2012, verificou-se um decréscimo dos doentes admitidos na UCCI, com 86 doentes contra 69 doentes respetivamente, registando-se uma diferença para menos de 27 doentes, ou seja, um

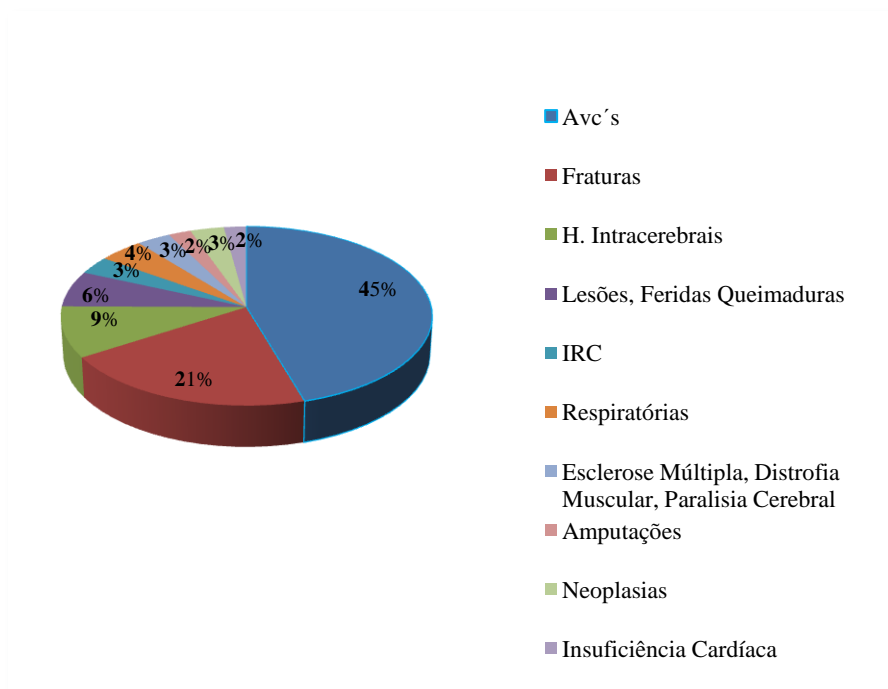
decréscimo na taxa de ocupação para cerca de 20%. Verifica-se que a população feminina é quem mais ocupa a UCCI, sendo em média 57% dos doentes internados na UCCI. Já a população masculina, ocupa em média uma taxa de ocupação de 43%.

GRÁFICO 1 – O Doente Crónico na ULDM/UMDR (2007-2012)



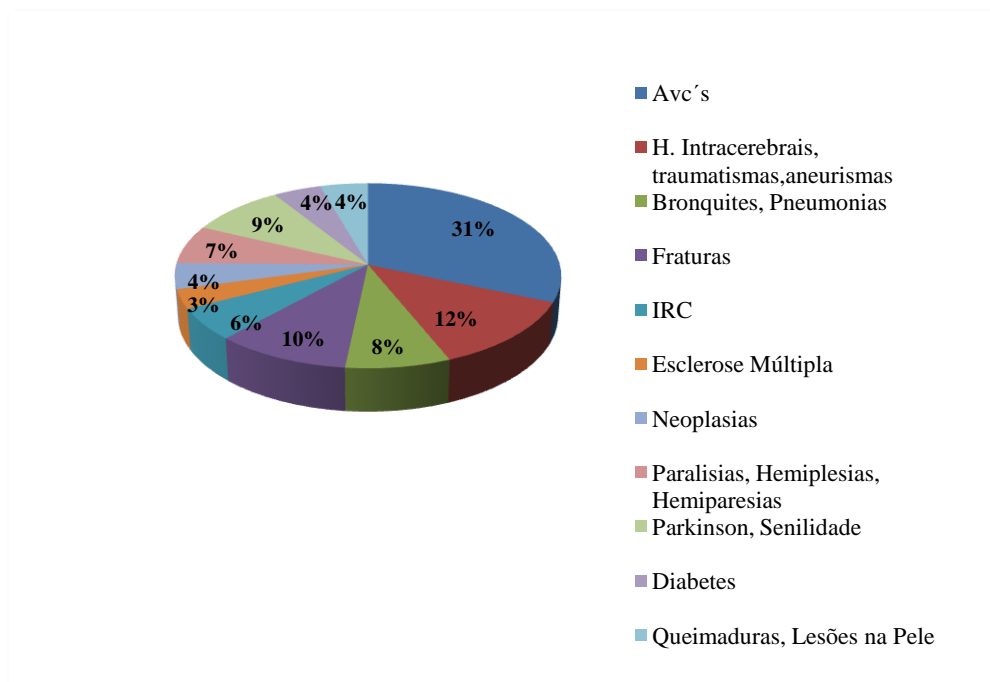
O Gráfico 1, evidencia o total de doentes admitidos na UCCI desde o ano de 2007 até ao ano de 2012, segundo as variáveis da idade e sexo. A idade de admissão dos doentes na UCCI tem vindo a diminuir desde 2007 até 2012. Os doentes admitidos do sexo feminino sobressai com maior evidência, principalmente no ano de 2011, contudo em 2012 existe um aumento não muito significativo dos doentes do sexo masculino. No ano de 2010 regista-se uma quebra de admissões para cerca de 65 admissões, contra as 86 admissões registadas em 2007.

GRÁFICO 2 – Principais Patologias na UMDR (2007-2012)



O Gráfico 2 representa um cenário diversificado das principais patologias dos doentes admitidos na UMDR, desde o ano de 2007 até ao ano de 2012. A principal patologia causadora do internamento dos doentes na UMDR, são os AVC's registando uma maior percentagem, de 45% dos doentes; seguido das fraturas, com 21%; das hemorragias intracerebrais, embolias e traumatismos, com 9%; das lesões, feridas e queimaduras, com 6%. As restantes patologias, que representam o universo de patologias da UMDR, são a insuficiência renal (3%); as doenças respiratórias (bronquites e pneumonias) (4%), a esclerose múltipla a distrofia muscular, paralisia cerebral (3%), amputações (3%), neoplasias (3%) e insuficiência cardíaca (2%).

GRÁFICO 3 – Principais Patologias na ULDM (2007-2012)



O Gráfico 3 evidencia um cenário diversificado de patologias dos doentes admitidos na ULDM no ano de 2007 até ao ano de 2012. São também os AVC's a principal patologia, com uma percentagem de 30% dos doentes que ocupam a ULDM; seguido das hemorragias intracerebrais, traumatismos e aneurismas, com 12%; fraturas, com 10% doença de parkinson e da senilidade com 8%, das doenças respiratórias com 6% e das paralisias, hemiplegias e hemiparésias com 6%. As restantes patologias que também representam o universo de patologias da ULDM, são a diabetes, a insuficiência cardíaca, as neoplasias, as queimaduras, lesões na pele e a esclerose múltipla.

1.2 – Tipo de Estudo: O Estudo de Caso de uma UCCI

“O Estudo de Caso é uma investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização.”

(Fortin, M. 1999, p. 165)

O presente Estudo de Natureza Qualitativa é do tipo Exploratório, descritivo e simples. Trata-se de um Estudo de Caso, referente a uma UCCI do nosso País. *O Estudo de Caso consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização. É empreendido para responder às interrogações sobre um acontecimento ou um fenómeno contemporâneo sobre o qual existe pouco ou nenhum controlo.* Este autor acrescenta que, pelo facto de muitas vezes ser difícil isolar o fenómeno em estudo do contexto em que ocorre, é normalmente necessário usar múltiplas fontes de evidência (dados) e cruzar (triangular) os diferentes dados recolhidos. Segundo Fortin (1999) a finalidade do estudo de caso é sempre holística, ou seja visa preservar e compreender o caso no seu todo e na sua unicidade. O investigador estuda o “caso” no seu contexto real, em profundidade, tirando todo o partido possível de fontes múltiplas de dados (inquéritos, entrevistas, observações, documentos, registos escritos, diários de campo, fotografias, registos audiovisuais, testemunhos), sendo comum que num mesmo estudo se combinem entre si as diversas técnicas de instrumentos.

Na condução do Estudo de Caso, Yin (1994) cit. Fortin (1999) sugere especificamente os cinco componentes seguintes: 1) o enunciado de questões que justificam empreender um Estudo de Caso, 2) a descrição o mais completa possível da unidade de análise, 3) a formulação de proposições teóricas (hipóteses) sobre os fatores presentes na situação e que servem de guia ao método e à colheita dos dados, 4) a avaliação das hipóteses sugeridas pelos dados colhidos e 5) o pôr à prova as hipóteses retidas com a ajuda de critérios estabelecidos para a interpretação dos resultados. Uma das principais vantagens dos estudos de caso é o recurso a múltiplas fontes de dados. O Estudo de Caso não implica nenhuma forma particular de recolha de dados, os quais podem ser quantitativos e qualitativos, mas sim o uso de múltiplas fontes de evidência, convergindo para o mesmo conjunto de questões. Segundo Marshall & Rossman (1995); a realização de entrevistas é frequentemente uma das mais importantes fontes de dados nos Estudos de Caso.

“O Estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.” (Fortin, M.1999, p.163) O objetivo do estudo descritivo consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo. São procuradas as relações entre os conceitos a fim de obter um perfil geral do fenómeno, mas o exame dos tipos e dos graus de relações não é o objetivo deste nível de investigação. Os estudos descritivos

cuja finalidade é a descoberta de relações antecede os estudos de associação que visam a exploração e a explicação de relações entre os fenómenos. Existe a necessidade da descrição do fenómeno em estudo, da especificação dos conceitos decorrentes do fenómeno e da elaboração de um quadro conceptual que defina a perspetiva do Estudo, servindo de ligação entre os conceitos e a sua descrição. *“A descrição completa de um fenómeno específico de uma população é importante para o desenvolvimento da teoria e como trampolim para a formulação de hipóteses.”* (Fortin, M.1999, p.164).

No caso particular da UCCI, para além da sua descrição, caracterização e funcionamento, descrevem-se e caracterizam-se conceitos que lhe são inerentes, tais como, Cuidados Continuados de Saúde, Relação Terapêutica, Doente Crónico, Família, Assistente Social, entre outros não menos relevantes que representem a Instituição como referencial de concretização deste Estudo.

1.3 - A Questão da Investigação e objetivos

“Uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população-alvo e sugere uma investigação empírica.”

Fortin, M (1999, p. 51)

A questão da Investigação parte do pressuposto da importância das próprias famílias no percurso inevitável da doença assim como dos seus familiares e do Assistente Social como elo de ligação entre ambas as partes de forma a comprovar melhores resultados, soluções terapêuticas e amenizadoras do seu sofrimento.

“De que modo a relação entre o Assistente Social e a Família do doente crónico é terapêutica para esta?”

A partir desta questão emergem os principais objetivos da presente investigação:

- 1) Conhecer o perfil social do doente crónico e as suas principais necessidades;
Numa amostra representativa da UCCI, caracterizar o doente ao nível clínico e psicossocial, a fim de perceber as suas principais necessidades.

2) Descrever e caracterizar o principal cuidador do doente;

As características do principal cuidador, tais como, sexo, idade, habilitações, situação profissional, as suas principais necessidades, receios, disponibilidade, estão relacionadas com o tipo de relação que este tem com o seu doente e aquilo que espera da sociedade, nomeadamente neste contexto, dos técnicos.

3) Fundamentar o conceito de Relação como terapia para a Família;

A Relação é o elo de ligação entre a família e o doente. Muitas vezes, devido à complexidade de determinado problema é fundamental a criação de uma relação com um intermediário: um ente querido, amigo, vizinho, técnico no encontro de possíveis soluções, tranquilizando e amenizando os seus problemas. É na relação, nos contatos diários, telefónicos, numa comunicação eficaz, que conduz à terapia do cuidador. Ao invés dum cuidador triste, inseguro, desmotivado; um cuidador positivo, paciente e confiante.

4) Avaliar a relação existente entre o Assistente Social e o principal cuidador;

Saber se a relação é distante ou presente entre a família e o AS, pois poderá influenciar a sua tomada de decisões, estado de ânimo e participação ativa na Instituição.

5) Descrever as principais funções e competências do AS ao nível da saúde, e em particular numa UCCI;

É relevante dar a conhecer a importância do papel do AS na saúde em contexto da UCCI, uma vez que são a referência, o elo de ligação entre a família e o doente.

1.4 - As Técnicas de Recolha de Dados: Observação Não Participante e Entrevista Semi-Estruturada

“A observação pode ser definida como um olhar sobre uma situação sem que esta seja modificada. Olhar cuja intencionalidade é de natureza muito geral, atuando ao nível da escolha da situação e não ao nível do que deve ser observado na situação, e que tem por objectivo a recolha de dados sobre a mesma.”

Ghiglione, R; Matalon, B. (1993, p.8)

“Nos estudos descritivos pode trabalhar-se com a população total ou com uma amostra tirada da população com a ajuda de técnicas de amostragem, de preferência

probabilísticas. O controlo dos dados é fluído nestes estudos. Os métodos de recolha de dados são variados: a observação, a entrevista, o questionário, a escala de medida, a avaliação física e psicológica. Os métodos podem ser estruturados ou semi-estruturados.” (Fortin, M. 1999, p. 162). Na recolha da informação foram utilizados duas técnicas de recolha de dados, a entrevista semi-estruturada e a observação não participante, para que o resultado da investigação fosse o mais próximo possível da realidade analisada e tornar-se mais compreensivo o seu conhecimento. No decorrer da investigação na primeira pessoa, a observação não participante, permitiu observar o contexto diário dos doentes: comportamentos, atitudes, as suas atividades diárias, de lazer, o que contribuiu para criar uma relação de proximidade a fim de perceber quais os potenciais e principais necessidades dos doentes, e perceber a ligação com os seus familiares. *“Na observação não participante, o pesquisador toma contacto com a comunidade, grupo ou realidade estudada, mas sem integrar-se nela: permanece fora.”* (Marconi & Lakatos, 1982, p. 68). No contato com a realidade, o investigador através de situações, casos pontuais que considere pertinentes, efetua o registo sem intervir diretamente na realidade, permanecendo isento, sem influência direta no objeto de estudo.

A concretização das entrevistas semi-estruturadas, aos principais cuidadores dos doentes (**Apêndice 6**) e à Assistente Social da UCCI (**Apêndice7**) através de um gravador digital, permitiu recolher informações mais próximas da realidade e do objetivo do estudo. *“Os métodos de entrevista caracterizam-se por um contacto direto entre o investigador e os seus interlocutores e por uma fraca directividade por parte daquele. Instaura-se assim, em princípio, uma verdadeira troca, durante a qual o interlocutor do investigador exprime as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências, ao passo que, através das suas perguntas abertas e das suas reacções, o investigador facilita essa expressão, evita que ela se afaste dos objectivos da investigação e permite que o seu interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade e de profundidade.”* (Quivy, R; Campenhoudt, V. 1992, p.193).

A realização das entrevistas permitiu aprofundar a área da intervenção do Assistente Social numa UCCI e conhecer as principais necessidades dos doentes e das próprias famílias. *“Na Entrevista, numa primeira fase da análise, pode-se situar essas características em um dos quatro níveis seguintes: Controlo de uma questão específica, com o objectivo de validar parcialmente os resultados obtidos algures; verificação de um domínio de investigação cuja estrutura conhecemos já, mas do qual queremos saber, por exemplo, que*

fatores terão eventualmente evoluído; aprofundamento de um campo cujos temas essenciais conhecemos mas que não consideramos suficientemente explicado num ou noutro aspecto, exploração de um domínio que não conhecemos.” (Ghiglione, R; Matalon, B. 1993, p.72). Segundo Vieira (1999); Coutinho & Chaves (2002); Morse et al (2002); Coutinho (2008) cit. Sapeta (2011), todo o processo de pesquisa precisa ter valor próprio, aplicabilidade, consistência e neutralidade de forma a ter valor científico. Assim sendo, segundo os autores os critérios específicos para alcançar o rigor ou confiabilidade, são a credibilidade (validade interna) que é conferida pela capacidade dos participantes confirmarem dados; a transferibilidade (validade externa) em que através do presente estudo, os resultados possam ser aplicados em contextos semelhantes; a consistência (fiabilidade), pela possibilidade dos investigadores externos seguirem o método usado; a aplicabilidade ou confirmabilidade, para que os outros investigadores possam confirmar as construções do investigador. *”São propostas estratégias específicas, para atingir tais requisitos, como sejam, os casos negativos, a triangulação, a revisão por pares, um envolvimento prolongado, uma observação persistente, auditorias e a revisão pelos participantes.”* (Sapeta, 2011, p.124). No caso particular deste estudo, com base na ideia de que a investigação pode revelar-se sob múltiplas dimensões da realidade estudada, combina-se deste modo os pontos de vista, as informações do assistente social e do cuidador principal do doente, em contexto de entrevista ou de observação não participante, para que se possa aprofundar com mais rigor a relação existente entre ambos e perceber se esta relação é na verdade terapêutica para a família do doente. Este estudo não permite a generalização a outros estudos futuros, pois no contexto particular da UCCI, a amostra é representativa e intencional num curto espaço de tempo, sendo que os seus resultados são específicos e conferidos por características particulares dos sujeitos cuidadores do doente assim como da AS. No entanto, a transferibilidade, ao nível dos resultados obtidos no contexto da UCCI, através da pesquisa qualitativa, na medida em que são fornecidos um conjunto de dados que permitem juízos semelhantes e fornecer uma descrição dos dados, que representam a diversidade das perspetivas dos sujeitos participantes e a forma como estas conduziram a uma interpretação que teve em conta as variações em diferentes contextos/condições. (Stake,1994; Vieira, 1999; Coutinho & Chaves, 2002, cit. Sapeta 2011).

1.5 - As Técnicas de Análise de Dados

“O método e as técnicas têm que oferecer rigor metodológico suficiente para que a objectividade seja encontrada.”

Sapeta, (2011,p.123)

1.5.1 - A Análise de Conteúdo

“No contexto de uma investigação compreensiva, o investigador não pretende fazer uma demonstração causal, mas sim defender o sentido da plausibilidade dos resultados. Se se trata de uma fase exploratória, trata-se de organizar no final as hipóteses explicativas do fenómeno estudado, se se trata de uma pesquisa analítica, é preciso construir um modelo científico de interpretação dos resultados da pesquisa.”

Guerra, I. (2006, p.83)

Para Ander Egg (n.d) cit.Marconi, M.& Lakatos(1982) a análise de conteúdo é a técnica mais difundida para investigar o conteúdo das comunicações de massas, mediante a classificação ,em categorias, dos elementos da comunicação. As diferentes fases de análise de conteúdo, organizam-se em torno de três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação. A fase de organização, corresponde a um período de intuições, tendo por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Esta primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. A escolha e documentos dependem dos objetivos, ou, inversamente, o objetivo só é possível em função dos documentos disponíveis; os indicadores serão construídos em função das hipóteses ou pelo contrário, as hipóteses serão criadas na presença de certos índices. No nosso estudo, as hipóteses são correspondentes às questões de partida, a que procuramos encontrar resposta. A pré-análise tem por objetivo a organização, embora ela própria seja composta por actividades não estruturadas, abertas por oposição à exploração sistemática dos documentos.

No presente estudo utilizou-se a análise de conteúdo na análise das entrevistas

aos principais cuidadores dos doentes, tendo em conta um processo de categorização, isto é unidades de registo de uma determinada categoria temática específica representativa do seu conteúdo (codificação). *A codificação corresponde a uma transformação efetuada segundo regras precisas dos dados em bruto do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão susceptível de esclarecer o investigador acerca das características do texto, que podem servir de índices.* A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo. *A maioria dos procedimentos de análise organiza-se, no entanto, em redor de um processo de categorização. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo o género, com os critérios previamente definidos.*

O critério da categorização pode ser semântico, isto é, são utilizadas categorias temáticas: por exemplo, todos os temas que significam a ansiedade ficam agrupados na categoria ansiedade, enquanto os que significam alegria ficam agrupados sob o título conceptual, alegria) sintáctico (os verbos, os adjetivos), lexical (classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinónimos e dos sentidos próximos) e expressivo (por exemplo, categorias que classificam as diversas perturbações da linguagem).

O critério da categorização não é o mesmo (compositor ou instrumento). Não acentuamos o mesmo aspeto da realidade. A categorização é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: o inventário (isolar os elementos); a classificação (repartir os elementos e procurar ou impor uma certa organização às mensagens).

Na síntese individual, como veremos de seguida no ponto 2.4.2) deste capítulo, elaborada com base nos testemunhos dos doentes crónicos institucionalizados assim como dos seus principais cuidadores, pretende-se extrair perspetivas individuais e globais do internamento, bem como fornecer elementos para uma contextualização das referências. Neste sentido, procede-se à elaboração de tabelas dos respetivos cuidadores dos doentes, onde se visualizem as suas afirmações e perspetivas, tendo em conta um conjunto de categorias encontradas a partir da sua análise temática, tais como: indisponibilidade/disponibilidade; condições habitacionais, económicas, de transporte, de saúde; a própria relação familiar; as principais necessidades detetadas; o contexto relacional com a AS e com a equipa de saúde; a satisfação com a Instituição; os próprios receios e atitudes por parte do cuidador e do próprio doente. Segundo estas categorias de análise, emergem as subcategorias, que variam de acordo

com o estado físico e emocional do cuidador entrevistado, como é o caso quando um cuidador tem uma atitude positiva (categoria) perante o seu doente, essa atitude poderá ser de esperança (subcategoria) ou que evidencie a estima, bem estar (subcategorias). As afirmações recolhidas e transcritas em formato de tabela, permitem visualizar mais facilmente as informações obtidas, funcionando como código ao estudo, ou seja, toda a informação cedida em tempo real pelas entrevistas, traz consigo a informação codificada que se pretende estudar.

2- Apresentação e discussão dos Resultados

*“E se a estrada não for caminho
Levarei os meus pés para lá, para o que houver.
Que quero ser só um que me baste.
E bastava-me ser apenas eu.”*

Agostinho Abadia

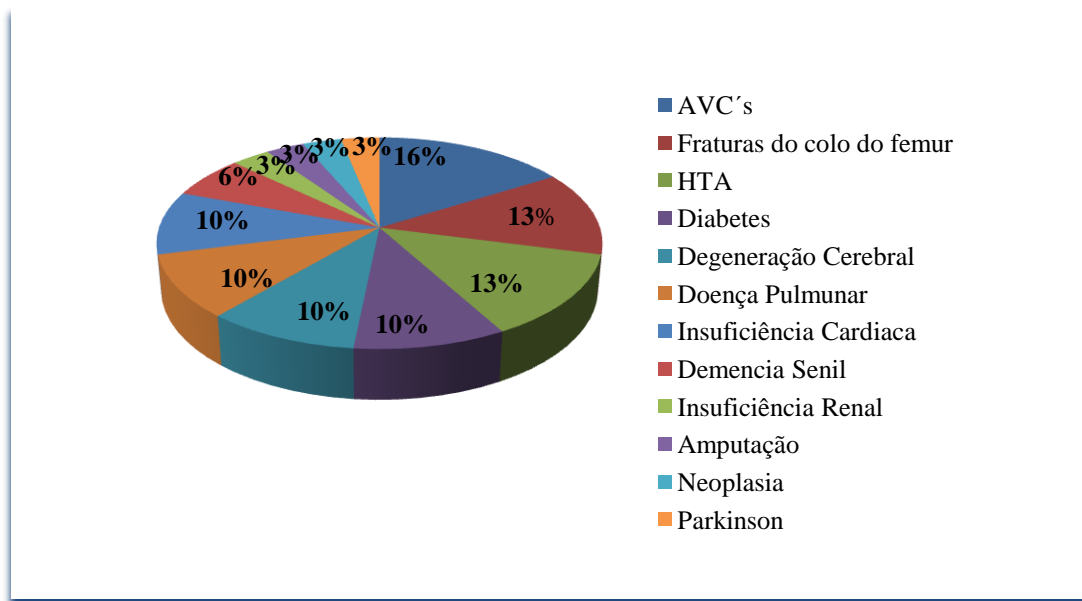
2.1 - O Perfil Social do Doente Crónico em contexto da UCCI

*“A consciência de que o eu autêntico e superior de cada um é inteiramente
impenetrável nos estragos de qualquer mal físico.”*

Larry Dossey (n.d) cit. Paldron (2004, p.151)

Para o presente estudo, foram escolhidos vinte doentes crónicos: dez pertencentes à UMDR (cinco mulheres e cinco homens); dez pertencentes à ULDM (seis mulheres e quatro homens) com idades compreendidas entre os 40 e os 90 anos de idade e os respetivos cuidadores do doente em contexto institucional. As principais patologias dos doentes variam entre, AVC's, diabetes, insuficiência renal crónica, fraturas e amputações, demências e problemas cardíacos. Estes doentes vêm para a Instituição principalmente para descanso do cuidador e para recuperação. A amostra recolhida foi intencional, de modo a ser o mais representativa possível da realidade. Esta representa a população total de doentes que se encontravam na UCCI, no decorrer do estudo. A população alvo foi, previamente, informada (**Apêndice 3 e Apêndice 4**), e com a sua devida autorização foi possível desenvolver o estudo.

GRÁFICO 4 - As Patologias dos Doentes Crónicos elegidos (%)

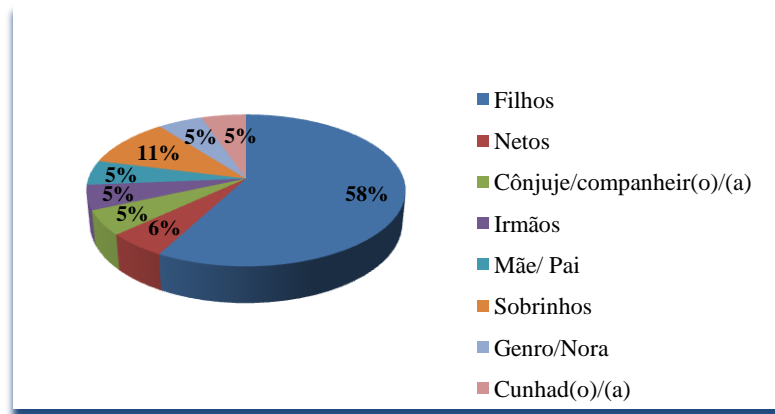


Os Diagnósticos Principais dos doentes crónicos elegidos são os AVC's (16%), as fraturas do colo do fémur (13%), a hipertensão-HTA (13%), a diabetes (10%), as degenerações cerebrais (10%) as doenças pulmonares (10%), as insuficiências cardíacas (10%), a demência senil (6%), a insuficiência renal (3%), a amputação (3%), a neoplasia (3%) e a Parkinson (3%). Relativamente à caracterização do temperamento dos doentes, na maioria dos casos, os doentes apresentam um quadro de temperamento calmo, consciente e orientado e colaboram, porém há doentes mais desorientados e afetados psicologicamente com períodos de confusão no tempo e no espaço e com períodos de agitação psicomotora com situações de descompensação e episódios alucinatórios/atividade delirante. Verificam-se situações de doentes afásicos ou com discurso pouco perceptível, acamados, e por isso pouco colaboradores.

Na caracterização do perfil social dos doentes (**Apêndice 9**), as principais necessidades detetadas passam sobretudo pelo apoio na realização das AVD's, manutenção dos cuidados diários, reabilitação motora, higiene, alimentação (SNG ou dieta líquida/passada sem sal), atividades de caráter lúdico e social, de estimulação cognitiva, terapia da fala, vigilância e acompanhamento psicológico. No que respeita ao grau dependência dos doentes, tendo em conta a avaliação do seu desempenho diário através das escalas de avaliação, a maior parte encontra-se em situações de dependência moderada a grave, sendo que a avaliação familiar dos doentes varia entre uma avaliação boa/aceitável à existência de risco social.

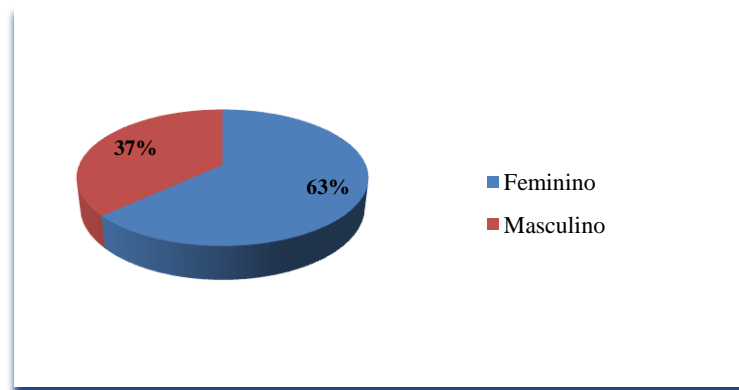
2.2. Os Principais Cuidadores

GRÁFICO 5 - Os Principais Cuidadores (%)



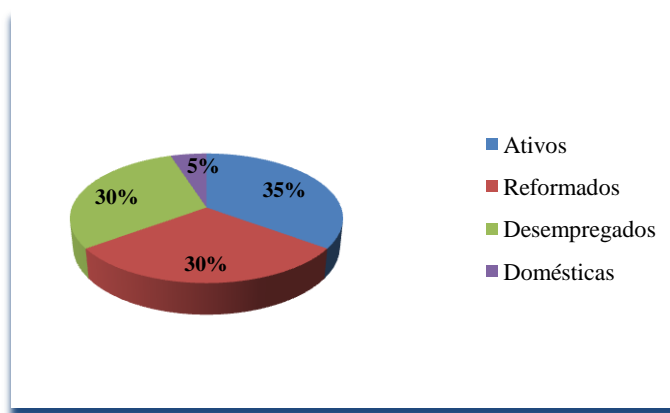
Os principais cuidadores dos doentes escolhidos são, na sua maioria, os filhos, representando 58% dos cuidadores, seguido de 25% do cônjuge /companheiro (o)/(a), irmãos, mãe ou pai, genro ou nora, cunhad(o)/(a), por 11% representado pelos sobrinhos, 6% pelos netos com idades compreendidas entre os 34 anos e os 82 anos.

GRÁFICO 6 – Sexo dos Cuidadores (%)



Os Cuidadores são maioritariamente do sexo feminino, representando 63% da amostra contra os 37% do sexo masculino.

GRÁFICO 7– Situação Profissional dos Cuidadores (%)



Relativamente à sua situação profissional, verifica-se uma maior percentagem de cuidadores ativos, representando 35% da amostra, seguido dos cuidadores em situação de reforma com 30% e igualmente, aos cuidadores em situação de desemprego, com 30% e 5 % corresponde a uma cuidadora doméstica.

Na realização das entrevistas, em contexto de visita, muitos foram os desabafos, emoções espelhadas de quem já está conformado e adaptado à situação de doença do seu familiar, por diversos fatores: idade, grau de dependência, grau de sofrimento do seu doente. Os cuidadores têm consciência de que a UCCI é a melhor resposta para os doentes, quer ao nível de cuidados diários, reabilitação e manutenção, quer ao nível da segurança, vigilância e descanso dos próprios. Alguns cuidadores revelaram não terem condições ao nível de saúde; transporte (falta de próprio transporte), habitacional (espaço, infra-estruturas, equipamentos); profissional, condicionando a sua disponibilidade para a realização dos cuidados necessários dos seus doentes. Vêm o AS como o principal elo de ligação entre o doente e a família, pois referem ser uma pessoa muito humana, disponível, prestável, acolhedora e amiga, amenizando o seu sofrimento e até o do próprio doente. A restante equipa, psicóloga, animadora, terapeuta da fala, enfermeiros e fisioterapeutas, na sua opinião, são excelentes profissionais, representando estes uma função vital e determinante para os seus doentes. Já com o médico da UCCI, os cuidadores revelaram existir uma relação mais distante.

2.3 - As Sinopses das Entrevistas realizadas aos cuidadores principais do Doente e categorias encontradas

Categorias	“Mário”	“Maria”	“Licínio”	“Jaime”
Indisponibilidade	<i>“Com a vida que levo é complicado(...) A disponibilidade não é muita para o ter em casa, todos nós trabalhamos”</i>	<i>“A minha vida é muito complicada, para tratar dela não podia.”</i>	<i>“De momento não tenho condições para assegurar os cuidados de que o meu pai venha a necessitar, no domicílio.”</i>	
Disponibilidade				<i>“Eu tenho disponibilidade para estar com ele” “Já não sei viver sem ele, nem ele sem mim.”</i>
Condições Habitacionais		<i>“A minha casa também não tem elevador.”</i>		<i>“Ele não tem uma casa onde ficar.”</i>
Condições de Saúde			<i>“Não tenho saúde, sinto-me cansada e sem forças” Eu já não tenho saúde, é como lhe digo eu posso piorar de repente e depois quem fica com ele? os meus filhos também têm uma vida muito ocupada</i>	
Condições Económicas			<i>“A reforma dele não dá”</i>	
Relação Familiar	Família presente <i>“Somos quatro filhos e temos uma boa relação e acho que poderíamos partilhar essa responsabilidade”</i> <i>“Se eu não estiver, estão as minhas irmãs”</i> Contato diário <i>“Geralmente a</i>		Família presente <i>A relação entre os netos e o doente é de grande afetividade, dado que o mesmo assumiu, após o divórcio da filha uma papel relevante no apoio e crescimento dos mesmos</i>	Família ausente <i>“Não tenho ligação com eles. Há quatro anos que não os vejo.”</i> Companheira presente /forte ligação– <i>Vem todas as semanas</i> <i>“Já não sei viver sem ele, nem ele sem mim”</i>

	<i>hora da refeição estamos sempre cá nós.(...) De vez enquanto vai comigo para o exterior dar uma volta comigo devagar”</i>			
Resposta Social adequada	Centro de Dia ou Lar – “ <i>Todos nós trabalhamos, se dentro das possibilidades ele fique melhor é melhor ir para um Centro de Dia ou Lar</i> ”	Lar – “ <i>Não havia mesmo outra hipótese, ela necessita de acompanhamento, de uma série de cuidados diários</i> ”	Lar – “ <i>Gostava que ficasse aqui no Lar</i> ” UCCI – “ <i>Agora o melhor para é ficar por aqui depois logo se vê</i> ”	Domicílio – Na Casa da Companhia
Principais necessidades	Doente: Perda da mobilidade - “ <i>O meu pai acho que está a perder aos poucos a sua mobilidade</i> ” Perda de memória - “ <i>De vez enquanto ele perde a memória e tem tendência a ir-se embora</i> ”	Doente: Perda da mobilidade - “ <i>Comecei a sofrer dos ossos antes dos 50 anos</i> ” “ <i>Caí parti duas pernas!</i> ” Cuidados Diários e Acompanhamento - “ <i>Ela necessita de acompanhamento e cuidados diários</i> ”	Cuidador: Descanso do Cuidador – “ <i>Sempre descanso um bocadinho</i> ”	Doente: Mobilidade - Colocação de Prótese
Relação com Assistente Social	Acompanhamento “ <i>O meu pai tem acompanhamento</i> ” “ <i>Sei que é uma pessoa muito, muito competente</i> ” Muito Satisfeito	Diálogo “ <i>A Assistente Social tem falado mais com o meu pai que vem diariamente à Instituição</i> ” Informações “ <i>O meu dia à dia, sobre o pagamento mensal</i> ” Doente – “ <i>Às vezes falamos com ela.</i> ” Empatia “ <i>Gosto muito da senhora.</i> ”	Empatia “ <i>A Assistente Social é muito boa senhora, às vezes cruza-me com ela mas até aqui não foi possível falar com ninguém em particular</i> ”	
Relação com Equipa de Saúde	Médico – Contato Ocasional “ <i>Sim, sei quem ele é, mas nunca falei com ele, às vezes é só de passagem</i> ”	Médico – Falta de Diálogo/Distância “ <i>Nunca tive conversas com o médico</i> ”	Enfermeiros - Proximidade “ <i>As vezes estou mais com os Enfermeiros</i> ”	Médico- Relação Distante “ <i>Ainda não falei com o médico. Não achei necessidade de falar com ele, não</i> ”

	<p>Enfermeiros/ Psicóloga – Competência “São pessoas impecáveis, tem sido muito bom”</p>	<p>Enfermeiros – Profissionais “São impecáveis, há preocupação e muito empenho.”</p>		<p><i>sei o nome dele, nunca o vi.”</i></p>
Maior Receio	<p>Incerteza – “ Não sei o que poderá vir”</p>	<p>Perda de Apoio - “O meu maior receio é que ela perca todo o apoio que tem tido na Instituição.”</p>	<p>Solidão – “O meu maior receio é eu morrer e ele ficar cá.”</p>	<p>Enfermeiros- Empatia “Os enfermeiros não tenho nada a dizer deles, são uns queridos.”</p>
Atitude Positiva	<p>Confiante – “O meu pai é uma pessoa muito bem vivida e eu acho que ele ainda tem alguns anos pela frente para recuperar Esperança – “Ainda está naquela fase indefinida, não sei o que poderá vir. Espero que ele continue”</p>			<p>Morte/Perda – “O meu maior receio é de eu morrer primeiro e de ir à frente dele e depois ele não ter uma casa onde ficar.”</p>
Atitude Negativa	<p>Doente – O meu pai é um bocadinho teimoso às vezes não quer ir à fisioterapia</p>			
Instituição	<p>Confiança/ Segurança/ Vigilância – “Ele é vigiado, eu sei que aqui não lhe acontece nada” “Ele está a recuperar, está a ter uma recuperação muito boa” “Eu vi-o muito preso das pernas, agora vejo-o muito bem”</p>	<p>Apoio/ Assistência - “A minha mãe está contente com o apoio que tem tido.” “Ela aqui tem a assistência toda. É aqui que ela tem de estar e é aqui que ela tem o apoio todo.” “ Tem melhor assistência técnica.”</p>	<p>Cuidados Necessários - “Aqui tem todos os cuidados, tem terapeuta da fala, fisioterapeuta, tem todo o apoio e cuidado de que necessita.”</p>	<p>Doente – “Gostei de cá estar.”</p>

Categorias	“Joaquim”	“Lurdes”	“Palmira”	“José”
Indisponibilidade		<i>“Não tenho possibilidades de a ter em casa. Tem que ser acompanhada 24h.”</i>	<i>“Não tenho disponibilidade para cuidar dela. “Ela ir para casa para a minha não pode.”</i>	<i>“Por agora o meu pai tem de estar aqui. Na minha casa não tenho condições nem tempo para lhe prestar todos os cuidados de que necessita”</i>
Disponibilidade	<i>“O suficiente. Faço umas horas num café mas tenho disponibilidade e condições na minha casa para tratar o meu pai.”</i>			<i>“Tenho vindo quando posso. Durante a semana mas mais vezes aos fins de semana.”</i>
Condições Habitacionais	Boas Condições - <i>“A minha casa é um r/c é ampla. Tenho condições para o ter comigo lá em casa”</i>			Sem Condições – <i>“Na minha casa não tenho condições”</i>
Condições de Saúde		Doente – <i>“A operação não correu bem”</i>	Depressão - <i>“A saúde é pouca. Tive uma depressão. Eu não tenho força para tratar deles.”</i>	
Condições Económicas				
Relação Familiar	Relação Próxima mas com encontros esporádicos <i>“Os meus irmãos estão fora do País e neste momento sou a pessoa mais próxima dele”</i>	Marido presente <i>“Vem todos os dias para se sentir acompanhada”</i>	Relação Próxima Forte Ligação <i>“Era como se fosse uma mãe para mim.”</i>	Relação próxima <i>“Tenho vindo quando posso. Durante a semana, mas mais vezes aos fins de semana.”</i>
Resposta Social adequada	UCCI – <i>“Aqui sem dívida”</i> Domicílio – <i>“Na minha casa seria o melhor”</i>	Centro de Dia/Lar <i>“Está inscrita em vários Centros”</i>	Centro de Dia- <i>“Gostava que a minha sogra ficasse no Centro de Dia da Aldeia”</i>	UCCI/Lar – <i>“O meu pai está bem aqui, futuramente penso que num Lar deveria estar bem.(...) A minha mãe sozinha não consegue.”</i>
Principais necessidades		Perda de mobilidade- <i>“Já não tem controle</i>		Descanso do Cuidador – <i>“Fiquei mais</i>

Relação com Assistente Social	<p>Empatia “Gosto muito dela (...) Foi a primeira pessoa com quem falei”</p> <p>Acolhimento na UCCI “Apresentou-me a alguns funcionários”</p> <p>Diálogo sobre custos, documentação necessária</p>	<p><i>sob o resto do corpo. Em termos anímicos ela está a regredir.”</i></p> <p>Necessidade de voltar a casa “A vontade da minha mãe era ir para casa dela”</p> <p>Diálogo - “Temos dialogado bem, o meu pai é ele que tem contactado com a Assistente Social”</p>	Sem Contato “Nunca falei com a Assistente Social.”	<p><i>descansado porque em princípio o meu Pai terá alta para Lar perto da residência dele.”</i></p> <p>Diálogo – Respostas Sociais existentes “Sim já falei com ela sobre as eventuais respostas que o meu pai teria quando tiver alta</p>
Relação com Equipa de Saúde	<p>Médico – Relação Ocasional “Sim, às vezes falo com ele quando o encontro.”</p> <p>Enfermeiros /Fisioterapeuta – Relação Ocasional - Já estive com alguns enfermeiros e com a fisioterapeuta. Falamos o essencial, só de passagem.</p> <p>Equipa Técnica Atenciosos e Interessados “Eles são todos muito atenciosos e interessados</p>	<p>Terapeuta da Fala “Falo com os terapeutas, trocamos opiniões e com os enfermeiros também.</p> <p>Profissionais – “Eles dentro daquilo que podem têm tentado resolver a situação.”</p>	Médico e Terapeuta da Fala– “Já falei com o médico, mas ainda não obtive resposta da terapia da fala.”	<p>Médico – Relação Ocasional “Quando deu entrada na Instituição, encontrei-o por acaso. Falámos sobre a medicação dele e do problema de saúde do meu pai.”</p> <p>Enfermeiros – Relação Próxima “Costumo estar mais vezes com os enfermeiros pois são eles que acabam por ter mais contato com o meu pai”</p> <p>Fisioterapeutas – “As fisioterapeutas também tenho estado com elas no ginásio quando acompanho o meu pai à fisioterapia.”</p>

Maior Receio	Não recuperação- “Até agora tem estado a recuperar, mas temo uma recaída”	Conformação - “Eu já não espero ver a minha mãe em casa dela, ela tem que ser vigiada.	Incerteza-Fé “Não lhe sei dizer- Juro-lhe que não sei responder. Entregamos tudo nas mãos de Deus (...)mas é tudo muito incerto.”.	Morte/perda – “O que toda a gente teme, a morte. O meu pai é muito importante para mim, a sua perda é sem dúvida o meu maior receio.”
Atitude Positiva	Doente – “O meu pai sabe que tem de ter força de vontade. Por vezes é preguiçoso (...) ele também tem de ajudar” Conhecimento do Diagnóstico - “Mais que ninguém o meu pai tem todo o direito em saber o que se passa com ele”		Esperança ”Ainda tenho fé que ela ainda melhore, “Só lhe dou as novidades boas”	Bem-Estar do doente – “Tento não o preocupar demasiado. Para mim neste momento o mais importante é o bem-estar dele.”
Atitude Negativa		Doente – Regressão em termos anímicos “Em termos anímicos, ela está a regredir, não sei se será da reação ao medicamento que toma para o alzheimer, tira-lhe o ânimo. Doente - Ela está farta de estar na situação em que está. Ela já ameaçou suicidar-se.”		
Satisfação com Instituição	Muito Satisfeita “Gosto imenso desta Instituição” Recuperação E Apoio do doente “O meu pai está a recuperar e aqui tem todo o apoio.”	Muito Satisfeito “Tem sido muito bem tratada, acho que está a correr tudo muito bem.”	Insatisfeita na Higiene da doente - “Só tenho contra a higiene da boca da minha sogra.” Empatia com os Funcionários “Gosto muito de uma funcionária”	Muito Satisfeito – “Estou muito descansado, o meu pai está a ser muito bem tratado.”

Categorias	“Mariana”	“Clara”	“Antónia”	“Alda”
Indisponibilidade	<i>“Estava a residir com a minha irmã. Penso que ela tem mais disponibilidade que eu (..) Necesita de outro tipo de cuidados.”</i>			
Disponibilidade		<i>“Sou eu que tenho cuidado dela . Se eu tiver que ficar com ela. Só tenho de cuidar dela. Eu tenho vindo todos os dias.”</i>	<i>“Sim estou totalmente disponível”</i>	<i>“Eu tenho que fazer o que posso fazer, se a minha mãe precisar de mim nem vou procurar emprego não é!?”</i>
Condições Habitacionais				
Condições de Saúde	Doente – Conformação – <i>“A minha mãe já está numa fase com a doença muito avançada e penso que agora a tendência será para regredir.”</i>	Doente – <i>“Ela tem dias que já nem me conhece.”</i>		Doente - <i>“Quando recebe visitas fica agitada. A minha mãe não tem noção onde está bem. Ora está lúcida ou não.” Ela já não fazia muito uma vida normal, sempre teve problemas nervosos. (...)Já trazia canadianas, foi operada duas vezes ao mesmo joelho.”</i>
Condições Económicas				
Condições de Transporte			<i>“Não tenho transporte, venho quando posso e venho sempre de autocarro.”</i>	<i>“O meu pai é que traz o carro.”</i>
Relação Familiar	Relação próxima com a outra filha <i>– “Estava a residir com a minha irmã.”</i>	Sem familiares diretos – <i>“Ela não tem mais ninguém.”</i> Cuidadora Relação	Sem familiares diretos - <i>“Não tem mais ninguém.”</i>	Família a residir no Estrangeiro <i>“Tenho um irmão que está a trabalhar em</i>

Resposta Social adequada	UCCI – “Aqui sem dúvida alguma, para já só quero é que cuidem dela tal como tem direito.” Lar – “Depois quem sabe num Lar.”	próxima “É como se fosse uma mãe para mim.” UCCI/Lar – “Aqui ou um Lar mas aqui agora está bem.”	Domicílio ou Lar Tenho condições para a ter comigo, ela cuidou de mim e agora cuido eu dela.” “Queria que ela fosse para um Lar”	Inglaterra. Veio cá à coisa de um mês e tal. Esteve cá há 15 dias. UCCI /Domicílio “Em principio não era preciso Lar. Depois é capaz de vir para minha casa não sei.” “A minha mãe se vai para casa, o meu pai não descansa, ela continuando aqui o meu pai descansa melhor.” Esposo da doente- Apoio Psicológico “Ele já está conformado, tem dias que não aguenta a pressão.”
Principais necessidades				
Relação com Assistente Social	Diálogo/ Acompanhamento “Temos falado com a AS sobre a sua permanência aqui.” Analisar Respostas Sociais “A Dr ^a ficou de analisar as vagas existentes nos Lares aqui próximos.”	Descanso do Cuidador – “Eu às vezes já me sinto cansada para cuidar dela.” Primeiro contato/ Acolhimento – “Quando eu cá entrei com a minha tia foi logo a primeira pessoa com quem falei(..) e com as colegas lá baixo no Gabinete. Disponível – “Na altura a Dr ^a disse que sempre que eu precisasse ,para ir ter com ela.” Informações – Instituição, Custos, Reformas, do doente (Diagnóstico Social)	Ajuda - “Gosto imenso da senhora. Tem-me ajudado bastante.”	Entrevista/ Atendimento – Marcação de nova consulta de Psiquiatria Encaminhamento para Psicologia

Relação com Equipa de Saúde	<p>Médico – Contato: Medicação “Sim falei apenas sobre a medicação dela.”</p> <p>Enfermeiros – Disponíveis/ Profissionais/ Empenhados “São atenciosos e dizem-me sempre se a minha mãe está melhor ou não.”</p> <p>Equipa Jovem e disponível– “São Enfermeiros novos e muito interessados em ajudar, preocupam-se muito com a minha mãe.”</p>	<p>Médico – Contato: Medicação e Doença “Ainda só falei com ele uma vez por causa da medicação e dos problemas de saúde dela.”</p> <p>Enfermeiros – Carinhosos – “São uns doces de pessoas”</p> <p>Fisioterapeutas- “Há uma fisioterapeuta que eu gosto muito.”</p>	<p>Médico – Sem Contato “Não sei quem é o Médico, nunca o vi.”</p> <p>Enfermeiros- Empatia - “Falo com os enfermeiros. Gosto muito de um Enfermeiro. São todos muito simpáticos.”</p> <p>Disponíveis – “Quando a minha mãe tem alguma coisa eles dizem-me sempre.”</p>	<p>Médico- Contato: “Uma vez falámos com ele, porque a minha mãe estava muito agitada, agora acho que a minha mãe está melhor, o meu pai é que não.”</p> <p>Psicologa- “O meu pai é que talvez fosse de aconselhar, é que ele agora está cá, a minha mãe não descansa.”</p> <p>Terapeuta da Fala- “A minha mãe está a ser acompanhada pela terapeuta da fala. Nós falamos uma vez e depois ela disse que ia fazer o que podia e já não tornamos a contactar.”</p> <p>Fisioterapeuta- Ela vai fazendo exercícios. Eu acho que aqui está bem.</p>
Maior Receio	Morte/Perda – “Já me habituei à ideia que a qualquer momento possa perdê-la”	Perda - “Custa-me muito vê-la assim.”	Receio que a doente fique sozinha/Morte - “A morte não escolhe idades, o meu maior receio é que eu vá à frente dela.”	Incerteza Conformação- “Oh não sei, esperamos para ver. Um dia de cada vez.
Atitude Positiva		Preocupação/ Disponibilidade “Se ela tem alguma recaída eu quero cá estar ao pé dela.”		Esperança - Eu gostava que a minha mãe melhorasse um bocado e o meu pai não tivesse as crises de choro que tem tido. Seria um alívio, ela já vai ficar como estava.” Deteção precoce da doença “No Hospital não tinham detetado nada depois nós é

Atitude Negativa	Conformação – “Eu já não espero muito.”			<i>que vimos que era um AVC.”</i>
Satisfação com Instituição	Competência - “Aqui sou bem recebido” “Aminha mãe está bem entregue.” “Toda a gente é competente.”	Muito satisfeito– “Funciona tudo bem aqui não falta nada.”	Muito Satisfeita - Funciona tudo muito bem” Funcionárias – As vezes uma funcionária ou outra é mais simpática que outra mas não tenho razão de queixa.	Satisfeita - “Não tenho nenhuma queixa a dar. As senhoras têm tido muita paciência com a minha mãe.”

	“Belmira”	“Olga”	“Flávio”	“Alberto”
Indisponibilidade		“Isso não faço questão porque não tenho onde a meter. (...)”	“Eu tenho ajudado mas dentro das minhas possibilidades.”	“O que é que eu lhe heide dizer!? Na minha opinião ele gosta de aqui estar. Eu tenho 82 anos não tenho idade já.”
Disponibilidade	“Eu e o meu Pai temos capacidade para assegurar os cuidados da minha mãe” “Posso prestar-lhe todos os cuidados que quiser, tenho disponibilidade.”			
Condições Habitacionais		“Tem escadarias, é uma casa com 4 metros de largura, já pode ver. Não dá para estar connosco.”		“A minha casa tem uma escadaria antiga, uma escadaria de pedra.
Condições de Saúde		Cuidador: Não tenho saúde para isso. Estive três semanas no Hospital é complicado.”		“Não podia ser, elas (técnicas) já viram que eu não tenho idade, não é brincadeira nenhuma.”
Condições Económicas		“A pensão da minha irmã não chega – 220 euros, a segurança social paga o resto”		“ Tenho as minhas despesas. Agora também tenho de poupar. (..)Agora é difícil.”
Condições de Transporte		“De táxi, a pagar 25 euros, venho Quartas e		“Às vezes quero vir aos fins de semana, não tenho

Relação Familiar		<i>Domingos.</i> Sem familiares diretos - “Não tem mais ninguém, somos duas irmãs, o meu irmão já faleceu.”		<i>transporte. Já tenho ido a pé da Estação para a minha casa, mas chego a casa estoirada.</i> Relação Ocasional com a Família “Tem o irmão, mas o irmão também não tem vida, a minha outra filha está longe, não é que ela não seja amiga da família, mas não pode. Está muito longe, Tem a vida dela.” Divorcio – “ele não tinha mais ninguém. Ele está separado, os filhos também são menores.”
Resposta Social adequada	UCCI/Lar – “Ela aqui está bem, tem fisioterapia e tem acompanhamento” “Estamos a tratar de ver de Lares aqui perto, vamos ver se consegue vaga aqui perto.”	Lar- “Já temos Lares marcados, São Vicente, Lardoza, Alcains, Soalheira e Alpedrinha, a minha irmã está inscrita em todos estes.”	UCCI/Domicílio “Ele sabe que aqui agora está bem e está aqui é para recuperar e ser ajudado.” “Antes do meu cunhado vir para aqui estava a receber apoio domiciliário nas higiènes e nas refeições.	UCCI- “Em principio se ele puder aqui estar. Ele gosta de aqui estar.”
Principais necessidades	Doente – Regressar a Casa “Gosto de aqui estar por enquanto. A minha casinha é melhor.”	Cuidador – Proximidade gostava que a mudassem para um Lar mais perto da terra, já ia mais vezes vê-la.”	Proximidade – “Mora perto o que acaba por ajuda	Cuidador Sentimento de Solidão - “Eu às vezes estou sozinha, não tenho ninguém, eu é que tenho de me desenrascar em tudo. Se ele precisa de alguma coisa eu é que lhe trago.”
Relação com Assistente Social	Diálogo – “Falei com a Assistente Social e com a Psicóloga quando entrei” Marcação de	Diálogo - “Com a Dr ^a já falei lá em baixo no escritório” Analisar as	Doente – Hábitos Alcoolicos (Está sinalizado) Descanso do Cuidador – “Sozinha não dou	Diálogo - “Só tive aqui há tempos uma pequena conversa com a psicóloga e com a

	<p>Consultas – “Já temos contactado sobre as idas ao médico da minha mãe.”</p>	<p>Respostas Sociais- “A Dr^a disse-me para eu não me preocupar com a minha irmã que iam tentar que ficasse num Lar aqui perto.”</p>	<p><i>conta de tudo(...)a paciência não é muita.”</i></p> <p>Resolução de Problemas do Doente – “Às vezes falo com ela acerca dos hábitos alcoólicos do meu cunhado.”</p> <p>Encaminhamento para Psicóloga – “Em princípio vamos falar com a Psicóloga para ajudar também.”</p>	<p><i>Assistente Social para ele cá ficar.”</i></p> <p><i>“Quando preciso de alguma coisa eu falo com ela. Quando venho para pagar eu falo com ela.”</i></p>
Relação com Equipa de Saúde	<p>Médico – Contato Ocasional - “Se não fizermos perguntas ele não diz nada, já falei com ele mas foi por acaso. Nem sei o nome.”</p> <p>Enfermeiros – Disponíveis/ Presentes</p> <p>“Falo quase todos os dias com os enfermeiros, eles têm um contato mais direto com a minha mãe.”</p> <p>Fisioterapeuta - “A fisioterapia tem estado a funcionar no braço. A perna está a evoluir lentamente.”</p> <p>Boa relação coma Equipa:</p> <p>Simpáticos - “Não tenho que dizer desde o primeiro ao último. São muito simpáticos.</p>	<p>Médico – Sem Contato</p> <p>“Não faço ideia de quem seja o médico daqui.”</p> <p>“Sim, se tivesse uma reunião com os médicos ou enfermeiros, mas já não há nada a fazer.”</p> <p>“A Dr^a disse-me para eu não me preocupar com a minha irmã que iam tentar que ficasse num Lar aqui perto.”</p>	<p>Médico – Contato ocasional-</p> <p>“Sim às vezes quando ele passa por aqui falamos, mas é só de passagem.”</p> <p>Fisioterapeutas- Contato frequente -</p> <p>“Quando chego ele está no ginásio</p> <p>Enfermeiros – Contato Frequente –</p> <p>“Outros dias já o apanho no jantar e tenho falado com os Enfermeiros quando veem dar a medicação.”</p>	<p>Médico – Doente – Sem contato Antipático – “Não, nunca o vi, nem falei com ele. Ele não é nada simpático, mal fala. Passa pelas pessoas, nem para falar.</p>
Atitude Positiva	<p>Cuidador Disponível e Interessado</p> <p>“Quando a minha mãe vai à consulta perguntam se vou acompanhar ou não, como estou desempregado vou sempre.”</p>		<p>Cuidador Presente: “Eu tenho vindo pelo menos duas vezes por semana, quando saio do trabalho.”</p> <p>Preocupação: “A minha principal preocupação é</p>	

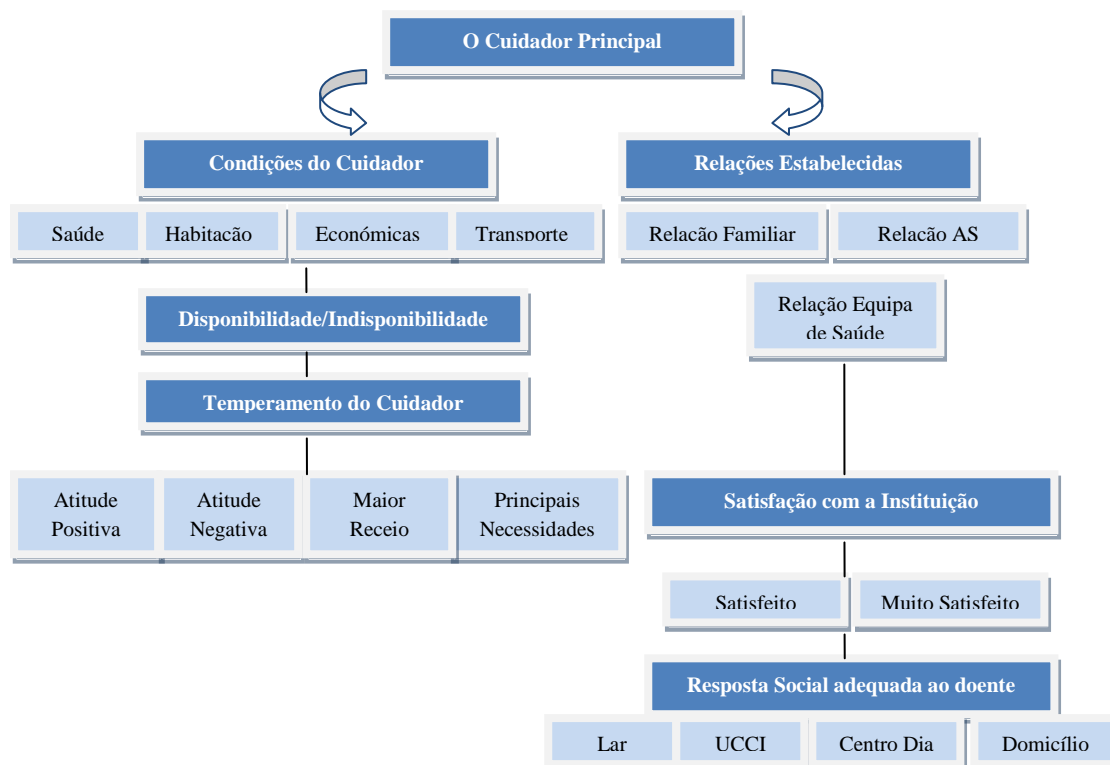
Atitude Negativa	Esperança – “A perna está a evoluir lentamente vamos ver a evolução dela.”	Conformação “Ela já não melhora mais do que isto. O que é que eu vou falar com eles?”	<i>que ele recupere as pernas e tire da cabeça o álcool.”</i> Doente – Não colabora - “Mas às vezes ele é teimoso e só ouve o que lhe interessa é preciso ter paciência.”	Conformação – “É assim... já sei que a vida dele é esta.”
Maior Receio	Perda/Morte – “Como qualquer filho tem, medo de a perder a qualquer momento.”	Perda/Morte – “Da má notícia”	Não recuperação “Que não melhore.”	Solidão- “O meu maior medo é se eu faltar não tem ninguém.”
Satisfação com Instituição	Satisfeito – “Até agora funciona tudo dentro das normalidades. Não tenho nada a dizer.”	Satisfeita- “Sim, eu estou contente, aqui tratam-na muito bem	Satisfeita – Funcionários – “Gosto muito de toda a gente, é tudo boa gente.”	Satisfeita – Funcionárias- “Há uma empregada ou outra que pode ser melhorzita, mas eu não tenho que dizer ele é que sabe.” Doente – Eu acho que elas são boas pessoas e a gente também não anda sempre bem

Categorias	“Felisberta”	“Jorge”	“Vitor”	“Solange”
Indisponibilidade	<i>Sem familiares diretos: Sobrinha ausente</i>			<i>“Sinto que a minha mãe está numa fase em que necessita de outro tipo de cuidados que eu com a minha esposa não conseguimos assegurar.”</i>
Disponibilidade		<i>“Eu não tenho muito tempo, mas tenho vindo quando posso.” A minha mãe tem mais disponibilidade, mas, acaba por estar mais cansada.”</i>	<i>“O suficiente para vir cá durante a semana nem que seja só para lhe dar um beijinho” “Eu diretamente só às vezes. Acho que a minha mãe tem mais disponibilidade.”</i>	
Condições Habitacionais		<i>“A minha casa tem condições.”</i>	<i>“Na casa da minha mãe sim, a minha é pequena e os acessos dificultam, tem escadas e moro num 4º andar.”</i>	
Condições de Saúde		Situação de AVC sinalizada na Família: Filho do doente e doente		
Condições Económicas				<i>“No Centro de Dia estamos a pagar 80 euros por mês. É mais fácil de contornar ao nível de custos.”</i>
Condições de Transporte				
Relação Familiar		Relação Familiar próxima		Relação Próxima Netos - <i>“Os meus filhos já têm saudades dela e de vez enquanto têm vindo.”</i>
Resposta Social adequada		Domicílio com Suporte nas Higiênes- <i>“Penso que daqui em</i>		UCCI e Lar - <i>“Eu penso que por agora ela tem de</i>

<p>Principais necessidades</p>		<p><i>diante se ele for para casa vai estar bem com higiene.”</i></p>	<p>UCCI/Lar- “Um Lar, ele está inscrito em alguns Lares aqui da zona.” “Aqui ele está bem(...) aqui tem todo o apoio necessário.”</p>	<p><i>estar aqui para nós descansarmos um bocadinho. Aqui tem outra vigilância. Ela está inscrita num Lar mas as vagas são difíceis.”</i></p>
		<p>Descanso do Cuidador – “Falámos com a AS relativamente à minha mãe que estava um pouco cansada, pois quando estamos a trabalhar, cuida do meu irmão que tem um AVC e do meu Pai.” Doente – Acompanhado – “O meu pai quer estar sempre com alguém.” Filho do Doente – “O meu irmão também teve um AVC e nós também o temos estado a ajudar.”</p>		<p>Perda de Mobilidade-“ De um momento para o outro a minha mãe perdeu as forças nas pernas, A minha mãe começa a estar muito dependente” Memória –(...)ás vezes em falhas de memória próprias da idade. “Nós pensamos que as quedas são derivadas das pequenas demências.”</p> <p>Saudades de Casa -“A minha mãe quando esteve aqui no Centro de Dia gostava de estar aqui, chegava a casa bem disposta. Agora está a estranhar o quarto e quer ir para casa.”</p>
<p>Relação com Assistente Social</p>		<p>Contato Ocasional Contato frequente por parte da Esposa Diagnóstico - “A minha mãe já tem falado com ela sobre o meu pai.” Resolução de dificuldades Competente “É graças a ela que o meu Pai está aqui.”</p>	<p>Acolhimento – Informações- “Já tive com ela no Gabinete. Foi ela quem me recebeu e me deu os contactos aqui da Instituição.”</p>	<p>Marcação de consultas –“Já falei com a Assistente Social, falei sobre a medicação dela e já tem uma consulta marcada.”</p>
<p>Relação com Equipa de Saúde</p>		<p>Médico – Contato Acessível</p>	<p>Fisioterapeutas- “Ele tem de ter fisioterapia para</p>	<p>Enfermeiros- Disponíveis “Ontem falei com</p>

Atitude Positiva		<p><i>“Às vezes falo com ele, quando preciso de alguma coisa e ele está por cá, vou falar com ele. É uma pessoa acessível.”</i></p> <p>Enfermeiros – Contato frequente – <i>“Os Enfermeiros falo imensas vezes, são boas pessoas e competentes</i></p> <p>Presentes – <i>“Acabam por estar ligados ao meu Pai.”</i></p> <p>Fisioterapia – <i>“A fisioterapia tem lhe feito bem.”</i></p>	<p><i>ver se recupera um pouco. Aqui tem todo o apoio necessário.”</i></p> <p>Enfermeiros: <i>“Já me cruzei aqui com alguns enfermeiros, são atenciosos e simpáticos.”</i></p> <p>Médico: Sem contato <i>“Ainda não estive com ele. Eu diretamente só às vezes. Acho que a minha mãe tem mais disponibilidade.”</i></p>	<p><i>os Enfermeiros, são muito disponíveis e simpáticos. São cinco estrelas, só tenho a dizer bem.”</i></p>
Atitude Negativa		<p>Ajuda nos cuidados ao doente</p>	<p>Diálogo aberto com o doente</p> <p><i>“Nós não lhe escondemos nada. Mas por vezes não lhe falamos tanto nisso para não lhe dar dores de cabeça.”</i></p>	<p>Conformação- <i>“Não esperamos por dias melhores</i></p> <p>Impotência – <i>“São coisas que a gente não pode fazer nada.”</i></p>
Maior Receio		<p>Recaída/Morte <i>“Que tenha uma recaída e que aconteça o que a gente já sabe...um dia de cada vez.”</i></p>	<p>Morte: <i>“Da morte, nesta altura tememos sempre o pior.”</i></p>	<p>Morte/Perda- <i>“Gostávamos que ela continuasse ao pé de nós. É sempre com tristeza que a gente agora vê que as coisas não estão bem.”</i></p>
Satisfação com Instituição		<p>Muito Satisfeito – <i>“É tudo impecável”</i></p>	<p>Muito Satisfeita – <i>“Tem ótimas condições e bons funcionários, por enquanto não poderia ser melhor para o meu avó.”</i></p>	<p>Satisfeito - <i>“Penso que aqui terá os cuidados necessários, mais vigilância.”</i></p>

FIGURA 9 - Organigrama das categorias encontradas



As categorias de análise das entrevistas, tendo em conta as informações obtidas dos principais cuidadores dos doentes, foram: a Indisponibilidade vs Disponibilidade; as condições habitacionais, de saúde e económicas; a relação familiar existente, tendo em conta proximidade das famílias, se é presente, passiva ou distante. A resposta social adequada para o doente passa pelo Centro de Dia / Lar; Apoio Domiciliário; UCCI, sendo detetadas as principais necessidades na família e no doente, tais como: perda de mobilidade, de memória, cuidados diários, acompanhamento, informação, descanso do cuidador. Na relação com a AS, enquanto figura profissional relevante no acompanhamento, diálogo, resolução de dificuldades e assuntos em particular, é uma profissional que gera empatia, simpatia, disponibilidade, bom relacionamento e confiança nos cuidadores e nos doentes. Na relação com a restante equipa de saúde, verifica-se uma relação mais distante ou inexistente com o Médico, pela falta de diálogo, de proximidade ou encontros ocasionais apenas sobre medicação. Os Enfermeiros são referenciados com figuras geradoras de empatia, simpatia, dedicação, empenho e profissionalismo, sendo muito próximos aos cuidadores e ao doente. A Psicóloga é referenciada para alguns problemas psicológicos, de alcoolismo ou de demência;

as fisioterapeutas são a referência ao nível da recuperação da mobilidade e até de entretenimento, também alvo de grande empatia e disponibilidade por parte dos doentes e dos cuidadores. *Os grupos familiares, com estrutura mais ou menos diferenciada de acordo com as características específicas da doença, podem servir para ajudar não só a família a adaptar-se à doença como aumentara adesão terapêutica ao protocolo de tratamento criando, como resultado, uma boa relação terapêutica entre a família e o profissional de saúde que só beneficia o próprio doente.* (Pereira, M & Lopes, C.2005, p.112).

Relativamente ao posicionamento do próprio cuidador e perante a doença do seu familiar, é dominado pela incerteza, alguma tristeza, conformação, esperança. Por vezes, segundo o cuidador, o doente dificulta o processo de cuidados, pela desmotivação ou teimosia do próprio.

Qualquer condição crónica é sempre vivenciada como uma crise. Não é a crise em si que torna os elementos mais unidos mas a forma como em conjunto a família lida com a crise que é pertinente na adaptação do doente e da família à doença. (Pereira, M & Lopes, C.2005, p.112). O maior receio dos cuidadores é a perda/morte ou que o seu familiar não recupere. Estes vêm na UCCI a referência ao nível de excelência de cuidados e assistência técnica de que o seu familiar necessita. Depositam nesta Instituição confiança, segurança, vigilância, competência, assistência, sentindo-se mais confiantes e otimistas em relação ao seu doente.

2.4 - O Assistente Social na UCCI

“Nós estamos cá por eles...o utente é o centro de tudo”

“Como os cuidados continuados é um projeto diferente, não é só o doente. É o doente e a família.”

Assistente Social da UCCI

Os principais procedimentos e diligências do Serviço Social nas UCCI, passam pela organização do processo administrativo (ficha de admissão, recolha de cópias de documentos e contatos familiares); entrega do Guia de Acolhimento, onde constam as regras de funcionamento e breve síntese do historial da Instituição, as suas principais características e principais objetivos e seguidamente a visita às instalações; impressão de etiquetas com

dados informatizados do doente; recolha de dados, expectativas, dificuldades do doente e da família; articulação com ECL, EGA para tratar assuntos relacionados com internamentos, tais como consultas e transportes; articulação com instituições para solicitação de apoio formal após alta da UCCI; ajudar no requerimento do complemento de dependência; emissão de faturação e elo de ligação entre os profissionais da equipa.

Tendo em conta a realização da entrevista à Assistente Social da UCCI, **(Apêndice 8)** as suas principais funções passam pela Direção Técnica, admissão dos doentes, acolhimento, avaliação, recolher as necessidades do doente, preparar o regresso ao domicílio ou alta para um equipamento, **(Anexo XVII e Anexo XVIII)**, ajudar o doente e a família nos processos das perdas e nos ganhos que o doente tem no seu problema de saúde, colaborar em todas as áreas na elaboração do plano individual de intervenção, estabelecer contatos com a rede formal e informal do exterior, articular com outros organismos externos, questões de pensões, complementos de dependência, juntas médicas, segurança social, juntas de freguesia, gerir casos sociais.

No contacto com os doentes, as principais necessidades detetadas são: o diálogo, a necessidade de falar, reabilitar, ao nível da animação, ler e distrair e sair com a família. *É a “ponte” entre todas as áreas. Ajudar o utente e a família nos processos das perdas e nos ganhos que o utente tem no seu problema de saúde. Ajudar na conceção no processo dos ganhos e das perdas de autonomia, colaborar em todas as áreas na elaboração do plano individual de intervenção.* (AS da UCCI). Os princípios básicos que norteiam a sua intervenção, passam pela disponibilidade, e capacidade de ouvir *Nós estamos cá por eles...o doente é o centro de tudo. Como os cuidados continuados é um projeto diferente, não é só o doente. É o doente e a família. Estamos cá para trabalhar com eles; mais participação ativa e disponibilidade da família na UMDR, Nós pedíamos alguma colaboração, empenho, ajuda nalgumas atividades e eles por vezes, talvez por questões profissionais ou porque a eles também ainda lhes custa gerir toda esta situação, acabam por não se sentir tão presentes como às vezes se desejava; a humanização; tentamos dignificar o doente em todos os cuidados que são prestados. O respeito. Tentamos ao máximo que não haja falta de respeito dos profissionais com o utente e com a sua família; qualidade e eficiência, informar e envolver as famílias. Tentamos ao máximo que estes dois critérios estejam presentes no dia à dia e depois acima de tudo, envolver a família. Informar do que é, do que se passa (...) evolução da situação.* No contato com o doente, as principais necessidades detetadas pela AS, são o diálogo, acompanhamento psicológico, atividades de animação, reabilitação, passeios e

atividades exteriores. *Se eu estivesse um dia inteiro com eles, no dia seguinte ainda tinham histórias para contar. (...) Pedir às famílias um apoio, uma articulação para um dia a casa, para um passeio fora daqui, para uma ida a um café.* Para responder a essas necessidades, a Instituição dispõe de equipa técnica, auxiliares, apoio médico e de enfermagem, terapia da fala, nutricionista, animação, família e recursos externos. As principais limitações que a AS se depara na sua intervenção são ao nível da sua disponibilidade, dos custos associados a esta tipologia de cuidados principalmente na UMDR, ao nível de legislação, a necessidade de avaliar o que o doente necessita em termos de consultas, acompanhamento e a morosidade da marcação das mesmas. Quando questionada acerca das famílias dos doentes, a AS refere existir famílias mais presentes que outras, sendo que existem as famílias presentes, que visitam diariamente ou semanalmente o doente ou questiona a sua situação por contato telefónico; as famílias passivas, referindo que por norma só aparecem quando a AS realiza um contato ou tenta saber informações; as famílias ausentes, com as quais a AS tenta marcar entrevista muitas vezes em período pós laboral.

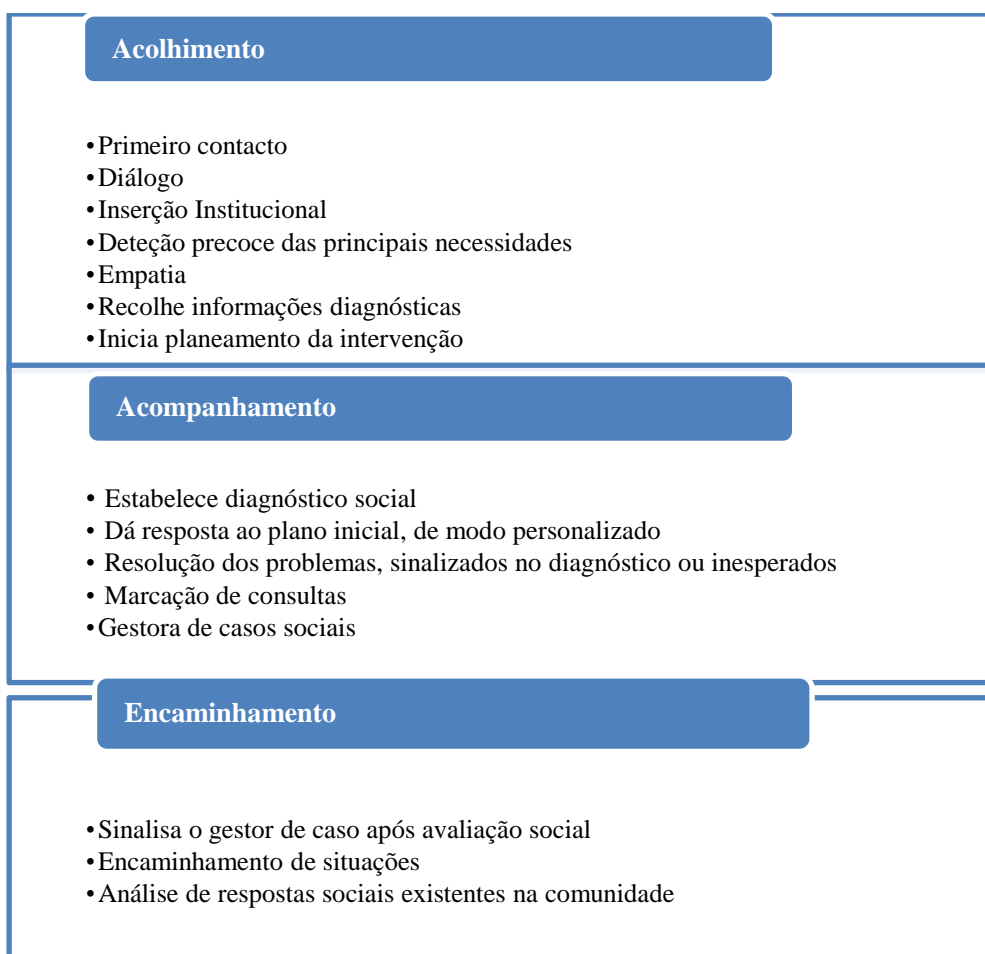
As estratégias que utiliza na intervenção com as famílias, passam essencialmente pela disponibilidade e contato permanente. Na sua intervenção salienta que as principais necessidades sentidas pelas famílias, prendem-se com a reabilitação do doente, *para eles reabilitar é a fisioterapia*, com a dependência ou recaídas do doente e ao nível da informação, pois há famílias desprovidas de informação sobre determinados assuntos. Ao nível de relação estabelecida entre a AS e a família, esta refere que esta relação é terapêutica, pois só por si a tipologia de cuidados continuados é já uma terapêutica, que envolve um trabalho em equipa e é normal haver famílias que simpatizem mais com uns colegas do que outros, tendo a ver com o assunto que procuram. Por exemplo, as famílias emocionalmente fragilizadas, procuram mais a psicóloga, quando necessitam de apoio social ou tratar de assuntos de vida pessoal, cidadania existe uma ligação mais próxima com a AS.

Para a AS a terapia é possível com um trabalho em equipa, com um bom relacionamento entre todos em parceria com a ECL. Mas garante que este tipo de cuidados não está ao alcance de todos os doentes devido aos custos associados nomeadamente na UMDR, em que não faz sentido quando num Hospital com serviço de fisioterapia, o doente tenha de vir para a UCCI recuperar e ter maiores custos, já na ULDM, a AS salienta que a maior parte dos casos é essencialmente para descanso do cuidador e aí já faz mais sentido que as famílias possam suportar custos mais elevados. A AS refere que gostaria de ter mais disponibilidade para com os doentes e as famílias, o que muitas vezes acaba por interferir

nesta terapia, devido às funções que tem também no Centro de Dia e Lar, existindo outra AS na área do Apoio Domiciliário.

Na análise dos segmentos de texto com significado e na sua categorização, encontramos diferentes fases da relação estabelecida pela AS, de acolhimento, acompanhamento e posterior encaminhamento. Dentro de cada uma existem outras categorias que tomaram relevo e que sintetizamos no quadro seguinte.

FIGURA 10 - Categorias encontradas na relação da Assistente Social com os cuidadores



Ainda na relação que a AS estabelece com doente e família existem outras características que devemos realçar e deixar registadas, dada a sua importância, tais como: periodicidade do contacto, mais ou menos ocasional ou frequente; espírito de abertura; franqueza do diálogo; empatia; cordialidade, preocupação pelos problemas e casos sociais; competência e preocupações diárias.

3 - Propostas para futuras intervenções

“Os desafios do Serviço Nacional de Saúde (SNS) devem concentrar-se em aprimorar a qualidade dos resultados e em corrigir as desigualdades ainda existentes. Estes objetivos passam por ganhos de eficiência na gestão, por ganhos no acesso aos cuidados de saúde, pela garantia da sustentabilidade e pela responsabilização dos profissionais de saúde, elementos essenciais para garantir qualidade.”

Programa do XVIII Governo Constitucional para a Saúde (2009-2013)

É cada vez mais a complexidade crescente dos cuidados de saúde, as discrepâncias notórias entre os recursos disponíveis para prestar cuidados de saúde e as expetativas crescentes dos utilizadores, a necessidade de privilegiar critérios de racionalidade e eficiência, constituem fatores que forçam a reflexão sobre a Reforma. Uma das questões relacionadas com a reforma na área da saúde é a evolução num quadro de mercado competitivo. A Reforma é um processo estrutural nas instituições existentes, nas estruturas organizacionais e na gestão, tornando-se uma mudança profunda sustentada a longo prazo.

Num processo de reforma, valores como a equidade, o grau de autonomia individual e a eficiência técnica, a locativa e social são modeladores de caminhos. Coloca-se a questão de como obter reduções de custos significativos e sustentados ao longo do tempo. Em termos gerais, algumas das metas dos Cuidados Continuados, passam por aliviar a dor e os sintomas; ajudar a melhorar o bem-estar emocional, mental e espiritual do doente e da sua família. O doente crónico deverá, sempre que possível, continuar a realizar as atividades que lhe agradem e satisfaçam, rodeando-se das pessoas de que mais gosta, e estabelecer uma boa comunicação com a família e com os familiares que o rodeiam, na medida em que o apoiam emocionalmente, trazem-lhe tranquilidade, segurança, o que certamente contribui para que o doente se abstraia da doença, sem que esta ocupe toda a vida diária. Como Assistente Social, nunca descurar as suas preocupações, dúvidas e medos, recorrendo sempre em parceria com os demais técnicos existentes na instituição, assegurando sempre o apoio de que necessita, num projeto de cuidados continuados, assim como noutra contextualização de cuidados. A família deve ser assumida como cúmplice no cuidar, que enriquece a qualidade da prestação de cuidados conducentes à melhoria da qualidade de vida do doente e progressos terapêuticos. Assim sendo, é fundamental delinear estratégias ao nível da prestação/organização dos

cuidados de saúde, que impliquem a atuação de uma equipa multidisciplinar envolvendo todos os profissionais existentes (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais), em articulação com as áreas sociais (Instituições de Solidariedade Social), bem como os recursos comunitários existentes (amigos, vizinhos, voluntariado) e a Família. Sempre que possível, os profissionais devem, não apenas opor resistência às violações dos Direitos Humanos, mas também apoiar ativamente todas as actividades de promoção e dinamização da vida. Por outro lado, a difícil contenção de gastos devido ao crescimento populacional e da população, crescimento da procura individual por maior informação, aparecimento de novas doenças e aumento da capacidade de oferta, juntamente com o aumento dos custos de saúde devido, por exemplo, ao desenvolvimento científico e tecnológico, à maior utilização de medicamentos e meios auxiliares de diagnóstico, são obstáculos à sustentação eficaz. Há que redefinir os papéis dos diferentes profissionais de saúde no sentido de se otimizarem os resultados em saúde, quer a nível clínico, humano, social e económico. O conhecimento dos custos associados às diferentes componentes do sistema é importante para a racionalização de cuidados e para a elaboração das estratégias dirigidas à prevenção da doença, promoção da saúde, educação e formação. A abordagem da prestação dos cuidados de saúde, implica qualidade e melhoria contínua, segurança, eficiência, racionalização, inovação permanente com equidade e centrada no cliente com o objetivo de promoção da saúde, prevenção da doença, melhores anos de vida. Aliam-se obviamente as perspetivas dos cuidados com as necessidades dos cidadãos, como clientes de um sistema de saúde. A cultura de qualidade associa-se à cultura de segurança, elevando o grau de satisfação dos clientes e redução global dos custos.

Na intervenção, os técnicos devem-se abster dos seus valores, ideologias, para serem os mais neutros possíveis e profissionais, pois cada caso é um caso e apesar do seu ponto de vista em particular, deverão tentar colocar-se sempre na “pele” do doente, estabelecendo uma relação sólida e por conseguinte, terapêutica para este. *“No plano da relação entre o doente e os técnicos, os cuidados de saúde, não são apenas interações ou trocas, dependendo também da construção de significados negociados e do estabelecimento de um acordo acerca do modo como aquela situação deve ser definida. Estes significados surgem no contexto de uma determinada cultura, que define interpretações e representações da doença, a partir das quais cada indivíduo lida com a sua situação concreta. Também os técnicos, que não sendo exteriores a um contexto sociocultural, e ainda que este não seja o mesmo do doente, têm um conjunto de valores em função dos quais representam e*

interpretam a doença do outro. Desde as representações da doença, em cada um dos intervenientes, bem como dos seus mecanismos, prevenção, cura e tratamento, tudo está envolvido numa matriz cultural envolvente.” (Barbosa, (1985) cit, Serra, M. (2005), p.35)

No caso particular do presente estudo, houve alguma limitação ao nível da recolha da informação na realização das entrevistas, uma vez que os familiares vinham de visita passageira, o que condicionou de certa forma a recolha de informação. A interação da Assistente Social, uma vez que esta para além de diretora técnica da UCCI, desempenha ainda funções, nas valências de Lar e Centro de Dia o que condiciona o seu papel na UCCI, existe ainda dificuldade de gestão do público que está no edifício que se prende também com menos disponibilidade por parte da AS e restante equipa técnica, sendo que esta defende que para o funcionamento da Instituição melhorar, serão necessárias instalações novas só para os cuidados continuados, ajudas técnicas ao nível de fisioterapia e atividades ocupacionais e agregar o apoio domiciliário à RNCCI, ou seja, não perder o contacto. *“Os cuidados que são prestados aqui são continuados aqui dentro.”* (AS da UCCI). Ao nível de legislação, a necessidade com o facto de avaliar o que o doente necessita, por exemplo na marcação de consultas, acompanhamento de área específica. *Quando se quer marcar uma consulta demora-se meses, era urgente haver uma maior flexibilidade por parte dos cuidados de saúde dos Hospitais em colaborar com os cuidados de saúde prestados nas Unidades, porque isso sim, é importante para a preparação do dia da alta.* (AS da UCCI).

Em contexto de observadora, as auxiliares deveriam estabelecer uma relação mais próxima entre os doentes e com a própria família, em contexto de visita e contribuir mais ativamente nas atividades lúdico-recreativas da instituição, contribuindo em parceria com a animadora da instituição, na concretização das atividades do plano anual de atividades, sendo por isso necessário a sua inclusão em ações de formação na temática da animação social e cultural, para que possam adquirir os conhecimentos necessários para o desempenho das atividades. No gabinete social da instituição existe uma boa interação entre os técnicos, onde se discutem e analisam informações de todas as valências, contudo os processos individuais dos doentes encontram-se no gabinete de enfermagem, no primeiro piso do edifício, uma vez que são os enfermeiros que têm maior contacto com os doentes crónicos, dificultando o acesso físico mais rápido por parte da AS na realização do diagnóstico social. Futuramente numa sala de fácil acesso, por exemplo a sala onde equipa se reúne semanalmente seria um espaço a considerar. A existência de um livro de registos de controlo de visitas à entrada da instituição é indispensável para o controlo das presenças na instituição, na identificação das

referências familiares dos doentes, da periodicidade de contactos e da sua relação de proximidade. Relativamente a este assunto, os registos neste livro possibilitariam uma informação mais detalhada na caracterização familiar: por ex. família presente ou não, os contactos familiares, se são esporádicos ou regulares, registar os familiares mais próximos e o grau de importância que têm para com o doente, na elaboração do genograma, facilitaria uma sinalização mais precoce na resolução do diagnóstico social. O fato da UCCI funcionar na mesma Instituição do Lar e Centro de Dia, condiciona uma intervenção mais eficaz e mais presente dos técnicos, pelo que possivelmente será resolvido a longo prazo com a construção de novas instalações. O médico deveria estar mais presente e demonstrar uma ligação mais estreita com a equipa da instituição e dado que os familiares o referiram, devia também aprofundar a relação com os mesmos. A necessidade de melhorar a comunicação dentro da equipa, com doentes e familiares foi uma evidência, o que nos leva a acreditar que a realização de formação sobre este tema é prioritária. Para além disso, a natureza e tipologia dos registos, o local onde são feitos, o local de armazenamento do processo clínico, fisicamente distante do espaço onde se realiza a entrevista inicial, são igualmente áreas de melhoria e deviam constituir motivo de reflexão em equipa.

CAPÍTULO 3 – CONCLUSÕES

*“Eu sou tantos que já não me sei ter.
Por onde sei andar, já não me sei ver.
E o que ardia na pele, queima agora a vontade.
E eu deixo-me ir antes que seja tarde.
Não volto donde estou e daqui só sei avançar.”*

Agostinho Abadia

Partindo do pressuposto da saúde como bem-estar biopsicossocial, segundo a OMS, salvaguardando o Estado Funcional do Indivíduo, tendo em conta os fatores biológicos, os sociais e psicológicos, a criação dos cuidados continuados integrados de saúde devido à sua natureza multifacetada contribui para que toda a pessoa possa ser detentora de saúde, Bem-Estar e estar inserida na sociedade dignamente. Quando é confrontado com uma doença crónica, o indivíduo, não está preparado assim como a sua própria família.

Segundo Guadalupe (2010), o doente crónico perde as suas faculdades, que até então poderia realizar. É confrontado com uma nova realidade causadora de impotência, fragilidade, dor angústia, generalizando-se estes sentimentos à própria família, que muitas vezes sofre mais do que o próprio doente, refletindo-se também no seu próprio ciclo de vida, tal como defende Carvalho (2012). *“A autonomia é a meta primordial do desenvolvimento, depender dos outros na vida adulta é algo rejeitado e temido pela maioria das pessoas, principalmente quando a dependência física é acompanhada por perda da capacidade de decidir por e para si próprio, que configura incapacidade cognitivo-emocional.”* (Lemos, N. & Medeiros, Lima, cit. Freitas 2011, p.1228). Face ao atual cenário português, com uma população cada vez mais envelhecida, um aumento da proliferação das doenças crónicas associadas a novos hábitos na vida das pessoas, os cuidados continuados integrados de saúde privilegiam o doente ou a pessoa portadora de dependência ou com falta de autonomia, que a impeçam de gerir a sua vida normalmente. Envolvem a estabilidade da própria família, as relações e laços existentes, a sua capacidade emocional e comportamental face às divergências. Os cuidados continuados que envolvem todo um quadro de profissionais qualificados existentes nas diversas respostas da RNCCI, tais como as Unidades de

Internamento, de Convalescença, de Ambulatório, as Unidades de Dia e Promoção de Autonomia e Equipas Especializadas em Cuidados Paliativos, contribuindo para corresponder à Intervenção eficaz na doença. *“Em Portugal como no resto das sociedades europeias, à medida que o Estado e um conjunto de atores que nele colaboram se organizam para prestar cuidados sociais e de saúde dignos, a qualidade de vida aumentou e a esperança de vida cresceu extraordinariamente.”* (Capucha, 2006, cit. Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos, a dependência: O apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados 2009, p.10). Neste seguimento acresce o Serviço Social, que segundo a ONU, (1999) – Série Formação Profissional – nº1 Direitos Humanos e Serviço Social Lisboa, desde a sua criação é uma atividade de defesa dos Direitos Humanos, elevando como valor fundamental a sua dignidade, oferecendo uma melhor qualidade de vida e bem-estar. A intervenção do Serviço Social passa pelos serviços preventivos, terapêuticos, de diagnóstico, de reabilitação e de promoção da saúde, contribuindo para um atendimento diversificado, ao nível da Saúde Pública, atendimento primário, especializado, social e na saúde, em situações de emergência, ao nível de transporte e também de farmácia (medicação). O Assistente Social na sua intervenção sustentado de ideais humanos, privilegia o acolhimento do doente e da família, a realização de um plano individual de cuidados bem como o seu acompanhamento psicossocial e a sua seleção de estratégias ao nível da Comunidade.

Como referências alvo do presente estudo, temos o doente, como alvo de cuidados, a família como, primeira estância, protetora do doente e os técnicos qualificados, detentores de conhecimento, sendo os mediadores entre o doente e a família. Na contextualização da intervenção, desenvolve-se uma relação, com base na permanência, regularidade de contactos, uma boa comunicação que influenciará todo o processo de doença. Será este tipo de relação, terapêutica para a própria família? Com base na eleição de uma amostra de vinte doentes crónicos, os respetivos e principais cuidadores, de uma UCCI do nosso País, os resultados comprovaram que as famílias vêm na UCCI a principal resposta para os cuidados do doente, sobretudo para a sua recuperação e também para descanso do próprio cuidador. Não tornando estes resultados definitivos, os mesmos podem variar de acordo com o tipo de famílias, doentes e próprio ambiente envolvente. Os doentes elegidos com um índice de dependência total a moderado, têm na maioria um temperamento calmo, colaborante, mas por vezes é afetado com um quadro de desorientação. Os cuidadores dos doentes na maioria não têm disponibilidade para cuidar a tempo inteiro dos seus doentes, devido à sua situação

profissional que condiciona o tempo de dedicação e cuidados, por vezes a agravante das condições de saúde, pois alguns cuidadores evidenciaram sinais de cansaço, não terem a saúde que desejariam para cuidar dos seus familiares. A falta de transporte, as condições económicas e habitacionais também são algumas das principais necessidades que os cuidadores revelam. Estes estabelecem uma relação de empatia e próxima com a AS da UCCI, sendo esta uma profissional referenciada ao nível do acolhimento. A relação entre a AS e a família é terapêutica, pois ameniza as dificuldades sentidas pela família perante a doença, amenizando a sua ansiedade e o seu sofrimento com um diálogo aberto e transparente, pelo interesse e acompanhamento diário contribuindo deste modo, para que os familiares tenham atitudes mais positivas. A AS através da cordialidade e da simpatia entre todos sem exceção, gera confiança e empatia, contribuindo para um sentimento de pertença a uma família institucional.

O presente estudo é um estudo pontual que requer uma revisão sistemática por parte dos próprios profissionais de saúde, alertando toda a comunidade em geral para a problemática da doença crónica em contexto da RNCCI, uma resposta social precoce, a decorrer desde o ano de 2006, mas que tem todo um conjunto de conhecimentos e mais valias para continuar a ser explorada e contribuir significativamente para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população. Mais do que números estatísticos, pretendemos a sua manutenção, com um esforço e mérito de qualidade e excelência enquanto pessoas e profissionais de iguais direitos.

“A doença em si não traz nada de bom, mas faz com que algumas coisas positivas que estão escondidas durante situações normais se tornem visíveis!”

Sousa et al (2007,p.142)

BIBLIOGRAFIA

Alarcão, M. (2006). (Des) Equilíbrios Familiares. Coimbra: Quarteto.

Albom, M. (2003). As Terças com Morrie. Porto: Oficina do Livro.

Ander-Egg, E. (2000). Métodos y Técnicas de Investigación Social – Como organizar el trabajo de investigación. Cuenca – Ecuador: U Ediciones.

Astudillo, W. (2002). Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Pamplona: Ed. Universidade de Navarra.

Augusto, B. & Carvalho, R. (2005). Cuidados Continuados – Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar. Coimbra: Sinais Vitais.

Banks, S. & Nohr, K. (2008). Ética Prática para as Profissões do Trabalho Social. Coleção Educação e Trabalho Social, nº 8. Porto: Porto Editora Lda.

Barbara B.K.(2005) La observación participante como método de recolección de datos. Fórum Qualitative Social Research. Vol.6, No.2, art143.

Barbero, E. et al (2004) Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica – Trabajo Social del Institut Català d' Oncologia. Cataluña: Institut Català D'Oncologia.

Bardin, L.(2004) Análise de Conteúdo, 3ª ed. Lisboa: Edições 70 Lda .

Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global: Processo de Enfermagem por Necessidades. Lisboa: Lusodidacta.

Bermejo, J.C. (2004) A Relação de ajuda no encontro com os Idosos. Madrid: Editora Paulinas.

Bolen. S. B. (1996). Até ao mais íntimo do ser. Lisboa: Planeta Editora.

Bowlby, J.(1985). Perda Tristeza e Depressão, Volume: 3 da Trilogia: Apego e Perda. Brasil.

Branco, T. & Santos, R. (2010). Reabilitação da Pessoa com AVC. Coimbra: Formasau.

Cáceres, L. ; Oblitas, B; Parra, L. (2004). La Entrevista en Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Carvalho, M. Irene (2012). Serviço Social na Saúde. Lisboa: Edições Pactor

Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica, Volume I – Os Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures: Lusodidacta.

Chalifour, J. (2008). Estratégias de Intervenção, Volume II. Loures: Lusodidacta

Cuidados Continuados: Partilha para a Comunidade (2006)

Disponível,Url:<http://cuidadoscontinuados-esenfc.blogspot.pt/2007/06/familia-e-o-doente-cronico.html> (acedido em 21 de Setembro de 2011)

Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, Disponível em Diário da República, série 1 (dre.pt)

Despacho Conjunto nº 19040/2006 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde

Estanqueiro, A. (2009). Saber lidar com as pessoas – princípios da comunicação interpessoal. (17ª ed.). Lisboa: Editorial Presença

Fernandes, E. (2007) **Serviço Social Português: Serviço Social e Ética:** Disponível,Url:<http://servicosocialportugues.blogspot.pt/2007/04/servio-social-e-ticaprincipios-e-prticas.html> (acedido em 21 de Setembro de 2011)

Fortin, M. Fabienne (1999) O Processo de Investigação. Loures: Lusociência.p.53-p.171.

Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento (2008/2009) O Tempo da Vida Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa: principia

Freitas, E. Viana de (2011) Tratado de Geriatria e Gerontologia, Nova Guanabara

Gameiro, A. (s.d). Noções de Psicologia e Relações Humanas: Para promover o crescer humano e o relacionamento mais satisfatório. 3ª edição. Lisboa: Edições salesianas;

Gameiro, M. H. (s/d) Sofrimento na doença. Coimbra: Quarteto Editora

Ghiglione, R; Matalon, B. (1993) O Inquérito- Teoria e Prática. 2ª edição. Oeiras: Celta Editora

González, M. & Barón et al (1996) Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el enfermo con Câncer. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A;

Guadalupe, S. (2010). *Intervenção em Rede – Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra

Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e Formas de Uso*. Cascais: Principia Editora

Hébert-Lessard, M.; Goyette, G.; Boutin, G. (1990) *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget

Hennezel, de M. (2006) . *Diálogo com a Morte*. Cruz Quebrada: Casa das Letras

Hennezel, de M.(2006). *Morrer de Olhos Abertos*. Cruz Quebrada: Casa das Letras;

Hermógenes de Andrade (2002). *Saúde na Terceira Idade*. Rio de Janeiro: Pergaminho;

Leal F. de Freitas (2011) *O Blog Humanista: A Situação Social e Económica de Portugal*. Disponível, Url: <http://obloghumanista.blogspot.pt/2011/06/situacao-socioeconomica-de-portugal.html> (acedido a 12 de Dezembro de 2011)

Lei nº 52/5012 de 5 de Setembro- Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, disponível em Diário da República

Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº48/90 de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei nº27/2002, de 8 de Novembro, disponível em Diário da República 1ª série nº 195 de 24 de Agosto de 1990.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009): *Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos - A Dependência: Apoio Informal, A Rede de Serviços e Equipamentos e os Cuidados Continuados Integrados*.

Disponível, Url: http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf (acedido a 03 de Outubro de 2012)

Ministério da Saúde (2010). *Portal da Saúde - Cuidados Continuados Integrados*. Disponível, Url: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/cuidados+continuos/cuidados+continuados.htm> (acedido a 2 de Outubro de 2011)

Ministério da Saúde (2010). *Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados*. Disponível em Url: <https://umcci.min-saude.pt> (acedido a 23 de Setembro de 2011)

Ministério da Saúde (2010). Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social. Disponível, Url: <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx> (acedido a 10 de Outubro de 2011)

Ministério da Saúde (2010). A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Disponível, Url: <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/paginas/AREDE.aspx> (acedido a 10 de Outubro de 2011)

Jiménez, C. J (2001) Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud II –Universidad de Córdoba. 2ª edição. Servicio de publicaciones, Universidad de Córdoba: Cordoba

Macmillan, K. et al (2005). Como cuidar dos nossos – Um Guia prático sobre cuidados em fim de vida – Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian; Lisboa: AMARA;

Direcção-Geral da Saúde (2006) Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Disponível, Url: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008206.pdf> (acedido a 12 de Outubro de 2013)

Marconi, M. & Lakatos, E. (1982). Técnicas de Pesquisa. São Paulo

Maria, L. et all (2009). Saúde e Sociedade – Os contributos (in)visíveis da família. Viseu: Psicosoma;

Marshall, C. & Rossman, B. (1995). Designing Qualitative Research. (Second Edition) London: Sage Publications

Martins, M. (2002). Uma Crise Acidental na Família – O Doente com AVC. Coimbra: FORMASAU

Mercadier, C.(2004). O Trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar – O corpo âmago da interação prestador de cuidados-doente. Loures: Lusociência;

Ministério Da Saúde (2010). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível,Url: http://udcpplanaltomirandes.files.wordpress.com/2011/08/programa_nacional_cuidados_paliativos1.pdf (acedido a 26-10-2011)

Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde (2004-2010): *Mais saúde para todos*. Vol.II- Orientações estratégicas. Lisboa: Direcção Geral de Saúde;

- Moreira, I.** (2006). O Doente Terminal em Contexto Familiar – Uma Análise da Experiência de cuidar vivenciada pela família. 2ª Edição Coimbra: Edição FORMASAU;
- Neto, Isabel et al** (2004). A Dignidade e o Sentido da Vida. Cascais: Pergaminho;
- Nieto, M. B.** (2001). La Intervención en Trabajo Social – Una Introducción a la Práctica Profesional. Salamanca: Editorial Hespérides
- Nohr K. & Banks S.** (2008). Ética Prática para as Profissões do Trabalho Social. Porto: Porto Editora
- Nunes, S.; Serrão, D.** (1918). Ética em Cuidados de Saúde. Porto: Porto Editora
- Ogden, J.**(1999). Psicologia da Saúde. Manuais Universitários 11. Lisboa: Climepsi Editores
- Oliveira, de B.** (2008). Psicologia do Idoso – Temas Complementares. Porto: Livpsic;
- ONU** (1999)- Série Formação Profissional – nº1 Direitos Humanos e Serviço Social Lisboa: Departamento Editorial do ISSScoop
- Paldron, T. A.** (2004) Alquimia da dor – Conselhos Budistas para transformar o sofrimento. Cascais: Pergaminho
- Paúl, C. & Fonseca, A.** (2005). Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M.G. & Lopes, C.** (2005). O doente oncológico e a sua família. Manuais Universitários 25 (2ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores
- Programa do XVIII Governo Constitucional para a Saúde (2009-2013).** Disponível,Url:http://www.cleanvehicle.eu/fileadmin/downloads/Portugal/Portugal/Programa_GC18.pdf (acedido a 20 de Setembro de 2012)
- Quivy, R. & Campenhoudt, L.** (1992). Manual de Investigação em Ciências Sociais.Lisboa:Gradiva
- Rebelo, J.Eduardo** (2009). Amor, Luto e Solidão – Como construir e preservar o Amor, que trilhos adoptar no Divorcio e no Luto e como evitar a solidão. Alfragide: Casa das Letras
- Sánchez, F.L.** (2005). El Trabajador Social y la ayuda psicosocial. Ediciones Aljibe: Málaga;

Sapeta, A.P. (1997). A Família face ao Doente Terminal Hospitalizado – O Caso Particular do HAL. Évora. Dissertação de Mestrado em Sociologia apresentado à Universidade de Évora.

Sapeta, A.P. (2010). Cuidar em Fim de Vida: O Processo de Interação Enfermeiro-Doente. Lisboa. Dissertação de Doutoramento apresentado à Universidade de Enfermagem de Lisboa.

Saúde, J. (2009) AVC – Acidente Vascular Cerebral na primeira pessoa. Estarreja: Moderna Editorial Lavores

Segalen, M. (1999) Socióloga da Família. Lisboa:Terramar

Sequeira, C. et al (2009) Saúde e Qualidade de Vida: estado da arte, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida p.81; p.261-269

Serra, M. (2005) Aprender a ser doente: Processos de Aprendizagem de Doentes em Internamento Hospitalar. Lusociencia: Camarate

Sousa, L. et al (2007). Enfrentar a velhice e a doença crónica. Cadernos Climepsi de Saúde 1 (1ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores

Strongman, K.t. (1998). A Psicologia da Emoção. Lisboa: Climepsi Editores.

Seabra, V. (2011) Intervenção do Serviço Social nos Cuidados Continuados Integrados.Disponível,Url:<http://servicosociaisauade.wordpress.com/cuidados-de-saude-continuados/> (acedido a 6 de Outubro de 2011)

Ministério da Saúde (2012): Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI. Disponível,Url:<https://umcciwebnrncci.minsaude.pt/index.php?action=Login&module=Users> (acedido a 5 de Março de 2012)

Vieira, M. (2008, Março-Abril). A Relação de Ajuda: Contextos e Práticas em Enfermagem. Vol. 56, nº2,Lisboa: SERVIR. pp.67-70

Zurita, M.; Mata, F. et al (2007). Manual para el paciente oncológico y su familia.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
DD: [redacted]
Contrib. N.º 500 857 84
[Handwritten signature and date 12/01/12]

**ASSUNTO: Estudo de Investigação de Dissertação de Mestrado, em Política Social,
pelo Instituto Superior de Ciencias Sociais e Politicas de Lisboa**



***A Relação entre o Assistente Social e a Família do doente crónico, em contexto dos
Cuidados Continuados de Saúde***

Eu, **Ana Lúcia Bandeiros Ramos**, venho por este meio, formalizar o meu pedido de autorização para realizar o presente Estudo de Investigação de Dissertação de Mestrado na **Unidade Média Duração e Reabilitação/ Unidade de Longa Duração e Manutenção**, do Distrito de Castelo Branco.

Tendo em conta que a origem da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pelo decreto-lei: 101/2006 de 6 de Junho é recente, pretende-se estudar os princípios que nortearam o surgimento desta Política de Saúde, confrontando-a na prática na primeira pessoa, em contexto de observação numa UMDR/ULDM do Distrito de Castelo Branco.

O presente Estudo de Investigação tem como **Questão de Partida**: “De que modo a relação entre o Assistente Social e a família do doente crónico, se torna terapêutica para esta, numa Unidade de Cuidados Continuados de Saúde?”

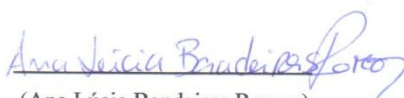
Os principais objectivos que norteiam o estudo são: Compreender como a relação existente entre o Assistente Social e a família do doente, se torna terapêutica para esta; Identificar e analisar quais os principais meios/métodos/estratégias, utilizados pelo Assistente Social na relação que estabelece com a família do doente; Identificar os pontos fortes e debilidades, na perspectiva da família, na relação entre o Assistente Social e a família do doente em contexto de uma UMDR/ULDM, do Distrito de Castelo Branco.

A **população-alvo** do presente estudo são os cuidadores principais do doente crónico internado e o Assistente Social da UMDR/ULDM.

*Tem a duração prevista de um período de três meses a decorrer em, Fevereiro,
Março, Abril e Maio de 2012.*

Castelo Branco, 3 de Janeiro de 2012

Atentamente,


(Ana Lúcia Bandeiras Ramos)

APÊNDICE 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO: ASSISTENTE SOCIAL



*A Relação entre o Assistente Social e a Família do Doente Crónico, numa
UMDR/ULDM de Cuidados Continuados de Saúde, do Distrito de Castelo Branco*

Consentimento informado: Assistente Social

Protocolo de Investigação

Eu, _____ Assistente Social no serviço de UMDR/ULDM, declaro que fui informado de todo o protocolo de investigação desenvolvida pela investigadora Ana Lúcia Bandeiras Ramos, e que me foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como da possibilidade de, em qualquer altura, deixar de integrar a amostra, devendo para tal informar a investigador. Deste modo, aceito participar livremente no estudo em curso, no período de Fevereiro, Março e Abril de 2012.

Castelo Branco, ____/____/____

O Assistente Social

APÊNDICE 3 – CONSENTIMENTO INFORMADO: CUIDADOR PRINCIPAL DO DOENTE



*A Relação entre o Assistente Social e a Família do Doente Crónico, numa
UMDR/ULDM de Cuidados Continuados de Saúde, do Distrito de Castelo Branco*

Consentimento Informado: Cuidador Principal do Doente

Declaro que, enquanto Cuidador Principal do doente, fui informado da minha inclusão no Estudo de Investigação desenvolvido pela investigadora, Ana Lúcia Bandeiras Ramos, do objectivo do mesmo, que me foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como da possibilidade de, em qualquer altura, deixar de integrar a amostra, devendo para tal informar a investigadora.

Deste modo, aceito participar livremente no Estudo de Investigação em curso.

Castelo Branco, ____/____/____

O Cuidador principal do Doente

APÊNDICE 4 – CONSENTIMENTO INFORMADO: DOENTES



*A Relação entre o Assistente Social e a Família do Doente Crónico, numa
UMDR/ULDM de Cuidados Continuados de Saúde, do Distrito de Castelo Branco*

Consentimento Informado: Doentes

Declaro que, enquanto utente, fui informado da minha inclusão no Estudo de Investigação desenvolvido pela investigadora Ana Lúcia Bandeiras Ramos, do objectivo do mesmo, que me foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como da possibilidade de, em qualquer altura, deixar de integrar a amostra, devendo para tal informar a investigadora.

Deste modo, aceito participar livremente no Estudo de Investigação em curso.

Castelo Branco, ____/____/____

O Doente

APÊNDICE 5 – GUIÃO DE ENTREVISTA FAMILIAR



*A Relação entre o Assistente Social e a Família do Doente Crónico, numa UMDR/ULDM de
Cuidados Continuados de Saúde, do Distrito de Castelo Branco*

Guião de Entrevista Familiar

I

Caraterização do Perfil do Cuidador Principal do Doente Crónico

1.1 - Género

Feminino

☐

Masculino

☐

1.2 - Idade ____

1.3- Estado Civil

1.4- Parentesco

1.5- Habilitações Literárias

1.6- Situação perante o trabalho

II

Caraterização Clínica do Doente Crónico

2.1- Género

Feminino

☐

Masculino

☐

2.2 - Idade____

2.3- Estado Civil

2.4-Parentesco

2.5 - Habilitações Literárias

2.6 - Situação perante o trabalho

2.7 - Grau de Dependência

2.8 - Diagnóstico Clínico

III

Caraterização da assistência recebida pela família do Doente Crónico

(Envolvimento da Família no tratamento e cuidados prestados)

3.1 - Foi procurad(o) /(a), pelo médico para decidir algumas medidas de tratamento ou exames a efetuar?

3.1.1 - Se sim, quais foram as medidas reveladas e discutidas?

3.2 - Acha que o seu familiar poderia beneficiar de alguma maneira, se você pudesse prestar-lhe alguns cuidados?

3.3- De que forma?

3.4 - Dispõe de tempo para prestar cuidados, no seu familiar durante o internamento?

IV

Relação estabelecida com a Equipa de Saúde

4.1 - Sabe o nome do médico que assiste o doente?

4.2 - Já alguma vez falou com ele?

4.3 - Já teve alguma reunião/entrevista/conversa com a Assistente Social de serviço?

4.4 - Já teve reuniões periódicas com algum dos membros da equipa de saúde?

4.5 - Algum membro da equipa de saúde mostrou preocupações e interesse pelos problemas da família?

4.6 - Sobre que assuntos gostaria de falar com ele?

4.7 - Tem alguma crítica em relação ao funcionamento desta Instituição?

Qual?

V

Identificação de algumas atitudes da família face ao doente crónico

5.1.Fala com o doente, relativamente à sua doença e evolução provável?

5.1.1.Justifique.

5.2.Quando falam, como procura que o discurso seja?

5.3. Conhecendo o seu familiar, é de opinião que ele conheça toda a verdade do diagnóstico e de evolução provável? Porquê?

5.4.Qual o seu maior receio em relação ao doente?

5.5.Na sua opinião, qual o lugar mais adequado para o seu doente nesta fase? Porquê?

VI

Atitudes face à alta

6.1. Se o seu familiar tivesse alta hospitalar, reúne condições para o ter consigo em casa?

6.1.1. Se não, como procederia?

6.2. Quais os recursos da comunidade em que está inserido, e que poderia recorrer?

**APÊNDICE 6 – ENTREVISTAS REALIZADAS AOS CUIDADORES PRINCIPAIS
DO DOENTE**

Entrevista aos Cuidadores Principais em contexto da UMDR

As Entrevistas que se seguem, foram realizadas em contexto de visita informal ao doente. A sua realização foi possível com a colaboração dos principais cuidadores, tendo em conta a sua privacidade e do próprio doente. Os conteúdos apresentados são reais, sendo transcritos através de rádio digital, para permitir uma maior autenticidade dos fatos. Os nomes próprios apresentados são de natureza fictícia a fim de preservar a total confidencialidade das informações e sigilo profissional.

Entrevista à Filha de “Mário”

Doente: “Mário” **Idade:** 84 anos **Estado Civil:** Viúvo **Habilitações Literárias:** 2ª classe

Principal Cuidador: Filho “Manuel”, **Idade:** 50 anos **Estado Civil:** Casado
Habilitações Literárias: 7º ano (antigo 11º ano)

Situação Profissional: Polícia

E- Sr. “Manuel” se o seu pai tivesse alta reúne condições para o ter em casa?

“Manuel” – Com a vida que tenho é complicado, mas somos quatro filhos e temos uma boa relação e acho que poderíamos partilhar essa responsabilidade. Mas penso que nesta altura um Lar seria o melhor para ele.

E- Em relação ao seu pai nota nele alguma evolução? Fala com ele sobre a sua doença?

“Manuel” - *É uma doença que se nota nele e na perda de memória que tem a ver com a doença de alzheimer, mas ainda não está bem focado. Esta a ser medicado, e não falha com ela. Ele sabe que tem de tomar todos os dias os comprimidos as refeições. A maioria da comida dele é toda passada. Mas geralmente a hora da refeição estamos sempre cá nós. Se eu não estiver estão as minhas irmãs portanto ele, geralmente 90% das refeições ele come sozinho. O meu pai não pode ir muito para o exterior porque é muito suscetível a constipações.*

E – Mas em relação à realização das atividades diárias acha que tem potencial?

“Manuel” - *O meu pai acho que está a perder aos poucos a sua mobilidade, desloca-se com o auxílio da bengala e toma banho auxiliado, mas comer ainda é sozinho. Quando não vai a fisioterapia fica sempre aqui no quarto. De vez enquanto vai comigo para o exterior dar uma volta comigo devagar. Tem que ser apoiado e tenho receio que às vezes uma queda... os ossos já estão um bocado frágeis.*

E - Em relação ao médico da Instituição, já falou com ele?

“Manuel” - *Sei quem ele é, mas nunca falei com ele, porque quem também o apoia e quem o trata, é a minha irmã que tem os contactos dos médicos que o tem acompanhado ... Uma vez por outra mas é só de passagem.*

E - Quando tiver alta que recurso será mais conveniente para o seu pai?

“Manuel” - *O Centro de Dia ou o Lar. A disponibilidade não é muita para o ter em casa. Todos nós trabalhamos. Se dentro das possibilidades que ele fique melhor é mesmo ir para um Centro de Dia.*

E - Relativamente à Assistente Social, já alguma vez falou com ela?

“Manuel” - *Sim já falei e o meu pai tem acompanhamento. Nada tenho a dizer da Assistente Social, sei que é uma pessoa muito, muito competente.*

E - E em relação aos enfermeiros e à psicóloga?

“Manuel” - *A psicóloga tenta puxar por ele, mas ao falar ele perde-se e agora com os enfermeiros o pessoal de cá não há tanto a dizer são pessoas impecáveis, tem sido muito bom.*

E -Há alguma coisa que tenha necessidade de falar daqui da Instituição em relação ao seu pai?

“ Manuel” - Se alguma coisa em contrário tivesse acontecido, eu falaria, nada se passou, a gente também estamos aqui todos os dias. Se houver alguma coisa a gente também pergunta aos enfermeiros ou à Assistente Social neste caso às empregadas, sabemos que o meu pai é um bocadinho teimoso as vezes não quer ir à fisioterapia.

E - Neste momento qual é o seu maior receio em relação ao seu pai?

“ Manuel” - Neste momento ele está a recuperar. Esta a ter uma recuperação muito boa, portanto eu não sei, o meu pai tem quase 85 anos e o meu pai é uma pessoa muito bem vivida e eu acho que ele ainda tem alguns anos pele frente para recuperar. Eu vi-o muito preso das pernas agora vejo-o muito bem. Ele alimenta-se muito bem portanto relativamente a demência dele não sei, ainda está naquela fase indefinida, não sei o que poderá vir. Espero que ele continue e que vá para um Centro de Dia onde ele está bem. De vez enquanto ele perde a memória e tem tendência a ir-se embora, só que as portas também estão fechadas, se não, quando ele está fora de si, ele já se tinha ido embora. Ele é vigiado, não tem uma empregada aqui nos quartos mas vão passando. Eu sei que aqui não lhe acontece nada.

Entrevista ao Filho de “Maria”

Doente: “Maria” **Idade:** 70 anos **Estado Civil:** Casada **Habilitações Literárias:** 1º
Estádio de Educação - 4ª classe

Principal Cuidador: Filho “António” **Idade:** 35 anos **Estado Civil:** Casado
Habilitações Literárias: 12º ano

Situação Profissional: Professor Formador

E- Boa Tarde, Srª “Maria” como tem passado!? Está tudo bem?

“Maria” – Cá se vai andando, uns dias melhor, outros dias pior...

E- Um dia de cada vez... ter paciência e força que melhores dias virão! A Sr^a quer-me falar um pouco de si? O que fazia antes de vir para aqui?

“Maria” - Ia fazendo a minha vida de casa. Ultimamente acompanhava o meu marido até à horta, mas já há muito tempo que não fazia nada no campo. Em casa ia fazendo uma vida normal. Comecei a sofrer dos ossos antes dos 50 anos. Porque depois aos 52 anos já eu fui operada à primeira prótese. Pus nessa altura uma prótese, depois pus a outra ao fim de quatro anos. Ao fim de sete anos foi mudada esta que já estava estragada. E agora também tenho esta que precisa ser mudada. Como é que vai ser a minha vida!? Desde o dia 4 de Outubro que saí da minha casa e nunca mais lá entrei. Caí, parti duas pernas. Já sofria dos ossos, andava de canadianas.

E – Já foi procurada pelo médico? Já falou com ele?

“Maria” - O médico diz que tenho os ossos muito finos. Na fisioterapia davam-me aqueles pesos para eu fazer ginástica, só para fazer tratamento elétrico e não me podem fazer mais nada por causa da minha coluna. Levantam-me de manhã para ir para a fisioterapia e depois às 15h vou outra vez. (A utente encontra-se a realizar fisioterapia mas na cadeira de rodas.)

E- A Dona “Maria” gosta de cá estar?

“Maria” - Gosto de cá estar, tratam-me muito bem, tanto enfermeiros, como auxiliares. Não tenho nada a dizer de ninguém. O meu marido gosta que aqui esteja para ver se eu recupero. Já vinha adaptada do hospital da Covilhã, já sabia o que era.

E- Diariamente, tem alguma dificuldade na realização das tarefas diárias?

“Maria” - Tenho alguma autonomia, como sozinha, os banhos e as higiènes são as empregadas. (A doente utiliza algália e tem uma arrastadeira para utilizar na casa de banho.)

(O Sr. “António”, filho da doente, veio com a neta naquele dia visitá-la e tem uma relação muito próxima com a doente.)

“António” - Ela aqui tem a assistência toda. É aqui que ela tem de estar, e é aqui que ela tem o apoio todo. Tem melhor assistência técnica.

E – Foi procurado pelo médico para decidir algumas medidas de tratamento em relação à sua mãe?

“António” - Nunca tive conversas com o médico. Mas com os enfermeiros principalmente, está tudo bem, são impecáveis, há preocupação e muito empenho. E a minha mãe está contente com o apoio que tem tido.

E – E com a Assistente Social já se reuniu com ela?

“António” - A Assistente Social tem falado mais com o meu pai que vem diariamente à Instituição.

(“Maria” interrompe)

“Maria” - Sim, ele é que me acompanhou sempre para Lisboa quando eu fui operada. A Assistente Social tem ajudado, às vezes falamos com ela. Gosto muito da senhora.

E – E o que costumam conversar?

“Maria” – Do meu dia à dia , sobre o pagamento mensal quando o meu marido está cá, falamos de alguns assuntos da minha vida. Faz-me muitobem.

E – Qual é o seu maior receio em relação à sua mãe?

“António” - O meu maior receio, é que ela perca todo o apoio que tem tido na Instituição.

E- Acha que a sua mãe poderia beneficiar se pudesse prestar-lhe alguns cuidados? Tem disponibilidade para ter a sua mãe consigo?

“António” - A minha vida é muito complicada, para tratar dela não podia. A minha casa também não tem elevador.

E – Quais são os recursos existentes na Comunidade que melhor ajudarão nesta altura para com a sua mãe?

“António” - Um Lar. Não havia mesmo outra hipótese. Ela necessita de acompanhamento, de uma série de cuidados diários

Entrevista à Filha de “Licínio”

Doente: “Licínio” **Idade:** 92 anos **Estado Civil:** Viúvo **Habilitações Literárias:** 4^a classe

Principal Cuidador: filha “Madalena” **Idade:** 66 anos **Estado Civil:** Divorciada

Habilitações Literárias: 12º ano

Situação Profissional: Reformada

A filha do doente é a sua única filha sendo a pessoa mais próxima do doente. Está atualmente a realizar tratamentos de quimioterapia após diagnóstico de linfoma, aguardando transplante. “Madalena” tem dois filhos, um residente em Castelo Branco, onde é Guarda Prisional e um filho residente no Entroncamento, funcionário da CP. A relação entre os netos e o doente é de grande afetividade, dado que a mesma assumiu, após o divórcio da filha, um papel relevante no apoio e crescimento dos mesmos.

E – A “Madalena”, atualmente acha que o seu pai poderia beneficiar se pudesse prestar-lhe alguns cuidados?

“Madalena” -De momento não tenho condições para assegurar os cuidados de que o meu pai venha a necessitar no domicílio, não tenho saúde, ultimamente ando muito cansada por causa dos tratamentos. O meu pai residia em minha casa, desde que faleceu a minha mãe. Agora sinto-me cansada e sem forças.

E- Na sua opinião qual, o lugar mais adequado para o seu pai estar nesta fase?

“Madalena” - Ficar mais perto de casa. (Desejo de proximidade) Esteve antes em Centro de Dia, uma das valências desta Instituição onde permaneceu durante 4 anos, agora o melhor para ele é ficar por aqui depois logo se vê, sempre descanso um bocadinho. Da terra tem cá vindo muita gente.

E – Já se reuniu alguma vez com alguém da equipa de técnicos da Instituição?

“Madalena” – Às vezes estou mais com os enfermeiros, mas a Assistente Social é muito boa senhora, as vezes cruço-me com ela, mas até aqui não foi preciso falar com ninguém em particular. Aqui tem todos os cuidados.” “Tem terapeuta da fala, fisioterapeuta, tem que se lhe dar o comer à boca, tem todo o apoio e cuidado de que necessita O caso está a estacionar, eles todos me conhecem, mas não tive reunião nenhuma.

E – Foi procurada pelo médico para decidir algumas medidas de tratamento ou exames a efetuar?

Não, normalmente sou eu que vou ter com o médico. Quando preciso eu falo com ele.

E- Qual o lugar mais adequado para o seu pai ficar nesta fase?

“Madalena” - Gostava que ficasse aqui no Lar, a reforma não dá.

E- Dispõe de tempo para prestar cuidados no seu familiar durante o internamento?

“Madalena” – Eu já não tenho muita saúde. Tudo o que o meu pai mais necessita é de alguém ao lado dele com mais paciência que eu. Mas enquanto eu puder eu ajudo no que puder.

E – Já teve alguma reunião com a Assistente Social?

“Madalena” – De vez enquanto ela passa por aqui para saber como estão as coisas, mas quando tenho alguma dúvida ou precise de falar com alguém vou ao gabinete social.

E – Fala com o doente relativamente à sua doença e evolução provável?

“Madalena” - O meu pai já não me ouve. Se me chegar ao pé dele e cantar ele canta comigo. Eu não o quero alarmar.

E – Qual o seu maior receio em relação ao seu pai?

“Madalena”- O meu maior receio é eu morrer e ele ficar cá.

E- Se o seu pai tivesse alta hospitalar, reúne condições para o ter consigo em casa?

Eu já não tenho saúde, é como lhe digo eu posso piorar de repente e depois quem fica com ele? os meus filhos também têm uma vida muito ocupada. Penso que um Lar era a melhor coisa, dava para descansar.

Entrevista à “Companheira” de “Jaime”

Doente: “Jaime” **Idade:** 61 anos **Estado Civil:** União de Fato **Habilitações Literárias:** 1º Estádio de Educação Básica – 4ª classe

Principal Cuidadora: “Companheira” - “Rosário”

Idade: 76 anos **Estado Civil:** União de facto **Habilitações Literárias:** 1º Estádio de Educação Básica – 4ª classe

Situação Profissional: Reformada

E - Como começou a vossa ligação? Já se conheciam antes?

“Rosário” - Eu não conhecia o “Jaime” de lado nenhum. Houve um dia, no Verão em Setembro que eu estava numa esplanada. Eu estava sentada com a minha cadela e entretanto vejo chegar este senhor muito fraco e pálido, e eu perguntei: «Precisa de alguma coisa? Ele tinha sido operado ao coração há pouco tempo. Eu vi-o muito pálido» «O que é que estás a sentir» tomamos um café, «A senhora quer ir almoçar comigo? ... Vamos!» Conversamos. e a partir daí nunca mais nos largamos. Foram a casa dele. Ele dizia-me que já à uma semana e meia que andava a pão e água e eu disse-lhe «Posso abrir o frigorífico?» Fiz-lhe uma sopinha e um bife. Eu comecei a ter aquele compromisso de o tratar. «Ai precisava tanto da senhora de noite, olhe! mas eu já não sou aquela mulher para a cama. Eu sou uma senhora que já não me apetece homens para a cama. Eu só quero tratar do senhor.» Há dois anos que o meu marido faleceu. «É que eu de noite às vezes preciso de alguma coisa

e a minha cabeça anda à roda.» Levei o “Jaime” para casa. Sei que há quatro anos que vivemos juntos. Gosto da maneira de ser dele. É um homem que me respeita muito. Tem muitos ciúmes que alguém me leve. Gosto muito de estar com o Jaime, é um homem muito querido. Já tenho 11 netos e 2 bisnetos. Já não sei viver sem ele, nem ele sem mim.

E – Olá Sr. “Jaime” está tudo bem consigo? Gosta de cá estar?

“Jaime” - Estou bem, tenho uma boa recuperação. Gostei de cá estar.

(Neste dia o doente soube que iria ter alta para domicílio)

E – Tem falado com a sua família?

“Jaime” - Não tenho ligação com eles, há quatro anos que não os vejo.

(O doente ficou perturbado quando se falou nos filhos. A Relação familiar do doente é ausente).

A companheira do “Sr.Jaime”, vem todas as semanas (todas as Quartas-Feiras, vem de comboio)

E – A “Rosário” já falou com o médico que assiste o doente?

“Rosário” -Ainda não falei com o médico. Não achei necessidade de falar com ele, não sei o nome dele nunca o vi. Os enfermeiros não tenho nada a dizer deles, são uns queridos.

E – Já Falou com a Assistente Social?

“Rosário” – Já falei com ela e sempre que posso falo. Sinto-me bem quando falo com ela. A Dr^a sabe da minha história com o “Jaime” ela tem ajudado muito a mim e na recuperação do meu “Jaime”. Quando foi para ele ir ao Hospital, foi ela que contactou, se não ainda agora não tinha a prótese e não tinha recuperado tao rápido.

(Vão à junta médica, saber de informações sobre complementos).

E – Dispõe de tempo para prestar cuidados ao Sr. “Jaime” durante o seu internamento?

“Rosário” -Eu tenho disponibilidade para estar com ele.

E- A Sr^a é da opinião de que o Sr. “Jaime” conheça toda a verdade do seu diagnóstico?

“Rosário”- Sim, falo de tudo com ele. Ele é que dá a insulina.

E – Qual é o seu maior receio em relação ao Sr.”Jaime” ?

“Rosário” -O meu maior receio, é de eu morrer primeiro e de ir à frente dele, e depois ele não ter uma casa onde ficar. Eu governo-me com a minha reforma e ele com a dele.

Entrevista à Filha de “Joaquim”

Doente: “Joaquim” **Idade:** 77 anos **Estado Civil:** Casado **Habilitações Literárias:**
1º estágio da Educação Básica (4ª classe – 6º ano)

Principal Cuidadora: Filha “Maria”

Idade: 48 anos **Estado Civil:** Casada **Habilitações Literárias:** 12º ano **Situação**
Profissional: Empregada de Balcão

E- Já alguma vez falou com o médico em relação ao seu pai?

“Maria”- Sim, às vezes falo com ele quando o encontro.

E- Acha que o seu pai poderia beneficiar de alguma maneira se você pudesse prestar-lhe alguns cuidados?

“Maria” – Sim. Os meus outros irmãos estão todos fora do País e neste momento sou a pessoa mais próxima dele.

E- Dispõe de tempo para prestar cuidados no seu familiar durante o internamento?

“Maria” – *O suficiente. Faço umas horas num café, mas tenho disponibilidade e condições na minha casa para tratar do meu pai.*

E – Já teve alguma reunião com a Assistente Social ?

“Maria” – *Quando o meu pai deu entrada na Instituição, foi a primeira pessoa com quem falei, em relação aos custos , documentação necessária, apresentou-me a alguns funcionários. Gosto muito dela.*

E – Já teve reuniões periódicas com algum dos membros da equipa de saúde?

“Maria” – *Já estive com alguns enfermeiros e com a fisioterapeuta. Falamos o essencial, só de passagem.*

E- Algum membro da equipa de saúde mostrou preocupações e interesse pelos problemas da família?

“Maria” – *Sim, eles são todos muito atenciosos e interessados.*

E- Tem alguma crítica a apontar em relação ao funcionamento da Instituição?

“Maria” – *Por enquanto não. Gosto imenso desta Instituição. O meu pai está a recuperar e aqui tem todo o apoio.*

E- Fala com o doente, relativamente à sua doença e evolução provável?

“Maria” – *O meu pai sabe que tem de ter força de vontade. Por vezes, é preguiçoso mas tem vindo a recuperar. Ele sabe perfeitamente que para além dos excelentes técnicos que o acompanham, ele também tem de ajudar.*

E- Conhecendo o seu família é de opinião que ele conheça toda a verdade do diagnóstico e de evolução provável?

“Maria” – *Claro que sim. Mais que ninguém o meu pai tem todo o direito em saber o que se passa com ele.*

E- Qual é o seu maior receio em relação ao seu pai?

“Maria” – *Que não recupere. Até agora tem estado a recuperar, mas temo uma recaída.*

E- Na sua opinião, qual o lugar mais indicado para o seu pai estar nesta fase?

“Maria” – *Aqui sem dúvida. Depois penso que na minha casa seria o melhor.*

E- E reúne condições para o ter consigo em casa?

“Maria” – *Sim. A minha casa é um R/C é ampla. Tenho condições para o ter comigo lá em casa.*

E- Quais os recursos da comunidade em que está inserida e que poderia recorrer?

“Maria” – *Para já está muito bem aqui.*

Entrevista ao Filho de “Lurdes”

Doente: “Lurdes” **Idade:** 80 anos **Estado Civil:** Casada **Habilitações Literárias:** 1º Estádio de Educação Básica (4ª classe-6º ano)

Principal Cuidador: Filho “Manuel”

Idade: 45 anos **Estado Civil:** Casado **Habilitações Literárias:** 12º ano

Situação Profissional: Desempregado

A doente já tinha estado na Unidade sete semanas antes, depois de ter este problema. Foi para casa, caiu e fraturou o colon do fémur. Foi para casa já sem necessidade de canadianas. Andou com canadianas por causa do problema da anca. A operação não correu bem.

E – Sr. “Manuel” como estão a correr as coisas com a sua mãe?

“Manuel” – *A minha mãe veio para cá para recuperar. Aqui, tem sido muito bem tratada, acho que está a correr tudo muito bem. Teve um problema no estômago e foi operada. Foi a Anestesia a causadora do problema. Em termos anímicos, ela está a regredir, não sei se será reação ao medicamento que toma para o alzheimer, tira-lhe o ânimo.* (regressão em termos anímicos)

E- Tem falado com os técnicos que aqui trabalham sobre a sua mãe?

“Manuel” - *Falo com as terapeutas, trocamos opiniões e com os enfermeiros também. Eles dentro daquilo que podem têm tentado resolver a situação. Já não têm controle sob o resto do corpo.(...) Ela tem dias.* (relação próxima com os técnicos)

E – Qual o lugar mais adequado para a sua mãe nesta fase?

“Manuel” - *Está inscrita em vários Centros, mora num primeiro andar. O meu pai mora sozinho. Vem todos os dias para se sentir acompanhada.*

E – Se a sua mãe tivesse alta, reúne condições para a ter em casa?

“Manuel”- *A vontade da minha mãe era ir para casa dela. Não tenho possibilidades de a ter em casa. Tem que ser acompanhada 24h.* (impossibilidade de apoio).

E – Tem falado com a Assistente Social?

“Manuel”- *Temos dialogado bem, o meu pai mesmo qualquer problema é ele que tem contactado com a Assistente Social.*

E – Qual o seu maior receio em relação à sua mãe?

“Manuel” - *Eu já não espero ver a minha mãe em casa dela. (Conformação) Ela tem que ser vigiada. Ela está farta de estar na situação em que está. Ela já ameaçou suicidar-se.* (Estado anímico, revolta)

Entrevista à nora de “Palmira”

Doente: “Palmira” **idade:** 87 anos **Estado Civil:** Casada **Habilitações Literárias:** sem estudos

Principal Cuidador: Nora “Judite”

Idade: 58 anos **Estado Civil:** Casada **Habilitações Literárias:** 4ª classe

Situação Profissional: Doméstica

E – Como é a sua relação com a Srª “Palmira”?

“Judite” - Era como se fosse uma mãe para mim. (...) Eu desabafava melhor com a minha sogra do que com a minha mãe. (proximidade, afinidade)

E – Dispõe de tempo para prestar cuidados, no seu familiar durante o internamento?

“Judite” - A saúde é pouca. Tive uma depressão. Eu não tenho força para tratar deles. Ela ir para casa, para a minha não pode. O meu sogro não se importava de ir com ela (...) não tem descanso nenhum, fica mais nervoso. (indisponibilidade, saúde)

E- Tem falado com a Assistente Social?

“Judite” - Nunca falei com a Assistente Social. (sem contato com Assistente Social)

E – Qual o seu maior receio em relação à Srª “Palmira” ?

“Judite” - Não lhe sei dizer. Juro-lhe que não sei responder. Entregamos tudo nas mãos de Deus. Ainda tenho fé que ela ainda melhore, mas é tudo muito incerto. (incerteza, esperança, fé)

E- Já falou com os técnicos da Instituição?

“Judite”- Eu falo com os enfermeiros. Tenho um sobrinho que já fez ca umas horas. (proximidade com os enfermeiros) Já falei com o médico mas ainda não tive resposta

da terapia da fala. Na Covilhã disseram que tinha de ter terapia da fala. Gosto muito de uma funcionária que trabalha na Instituição.

E – Tem alguma critica a apontar ao funcionamento da Instituição?

“Judite” – Só tenho contra a higiene. (Queixou-se da higiene da boca da doente)

E – Fala com a doente relativamente à doença e à sua evolução provável?

“Judite” - Só lhe dou as novidades boas!

E – Na sua opinião, qual é o lugar mais apropriado para a Sr^a Palmira ficar nesta fase?

“Judite” - Gostava que a minha sogra ficasse no Centro de Dia da aldeia. (Não tem Lar, está a funcionar como Centro de Dia.) Não tenho disponibilidade para cuidar dela.

Entrevista ao Filho de “José”

Doente: “José” Idade: 70 anos Estado Civil: Casado Habilitações Literárias:

Educação de 2^a (7^o ano antigo / 12^o ano)

Principal Cuidador: Filho “António”

Idade: 37 anos Estado Civil: Casado Habilitações Literárias: Licenciatura

Situação Profissional: Desempregado

E- Já alguma vez falou com o médico em relação ao seu pai?

“António” - Sim, quando deu entrada na Instituição , encontrei-o por acaso. Falamos sobre a medicação dele e do problema de saúde do meu pai.

E- Acha que o seu pai poderia beneficiar de alguma maneira se você pudesse prestar-lhe alguns cuidados?

“António” - Por agora o meu pai tem de estar aqui. Na minha casa não tenho condições nem tempo para lhe prestar todos os cuidados de que necessita.

E- Dispõe de tempo para prestar cuidados no seu familiar durante o internamento?

“António” – Tenho vindo quando posso. Durante a semana, mas mais vezes aos fins de semana.

E – Já teve alguma reunião com a Assistente Social ?

“António” – Sim já falei com ela sobre as eventuais respostas que o meu pai teria quando tiver alta. Fiquei mais descansado porque em principio o meu pai terá alta para Lar perto da residência dele.

E – Já teve reuniões periódicas com algum dos membros da equipa de saúde?

“António” – Costumo estar mais vezes com os enfermeiros pois são eles que acabam por ter mais contacto com o meu pai diariamente. As fisioterapeutas também tenho estado com elas no ginásio quando acompanho o meu pai à fisioterapia.

E- Tem alguma critica a apontar em relação ao funcionamento da Instituição?

“António” – Nada. Estou muito descansado, o meu pai está a ser muito bem tratado e as pessoas aqui são muito amáveis-

E- Fala com o seu pai , relativamente a sua doença e evolução provável?

“António” – Tento não o preocupar demasiado. Para mim neste momento o mais importante é o bem estar dele. Não tem que saber tudo porque acho que acaba por desmotivá-lo.

E- Qual é o seu maior receio em relação ao seu pai?

“António” – O que toda a gente teme, a morte. O meu pai é muito importante para mim, a sua perda é sem duvida o meu maior receio.

E- Quais os recursos da comunidade em que está inserido e que poderia recorrer para o seu pai?

“António” – O meu pai está bem aqui, futuramente penso que num Lar deveria estar bem, dado à minha indisponibilidade para estar com ele e ao facto de não ter mais

ninguém de momento a que possa recorrer e lhe dar o apoio de que necessita. A minha mãe sozinha não consegue.

Entrevista ao Filho de “Mariana”

Doente: “Mariana” **Idade:** 82 anos **Estado Civil:** Viúva **Habilitações Literárias:** 4ª classe

Principais Cuidadores: Filho, “Duarte” e Filha “Glória”

Idade: 49 anos **Estado Civil:** Casado **Habilitações Literárias:** 12º ano

Situação Profissional: Empresário

E- Já alguma vez falou com o médico em relação à sua mãe?

“Duarte” - Sim já falei apenas sobre a medicação dela.

E- Acha que a sua mãe poderia beneficiar de alguma maneira se você pudesse prestar-lhe alguns cuidados?

“Duarte” – A minha mãe antes de vir para aqui estava a residir com a minha irmã, penso que ela tem mais disponibilidade que eu, mas a minha mãe já está numa fase com a doença muito avançada e penso que agora a tendência será para regredir e necessita de outro tipo de cuidados.

E – Já teve alguma reunião com a Assistente Social?

“Duarte” - Sim, tanto eu como a minha irmã temos falado com a Assistente Social sobre a sua permanência aqui, a Drª ficou de analisar as vagas existentes nos lares aqui próximos.

E – Já teve reuniões periódicas com algum dos membros da equipa de saúde?

“Duarte” – Reunião não, mas quando me cruzo com os enfermeiros no quarto ou nos corredores aqui da Unidade, são atenciosos e dizem-me sempre se a minha mãe está

melhor ou não, como tem passado o dia e a noite. São enfermeiros novos e muito interessados em ajudar, preocupam-se muito com a minha mãe.

E- Tem alguma crítica a apontar em relação ao funcionamento da Instituição?

“Duarte” – Não, nenhuma, aqui sou bem recebido. A minha mãe está bem entregue, toda a gente é competente pelo que me tenho apercebido.

E- Qual é o seu maior receio em relação à sua mãe?

“Duarte” – Eu já não espero muito, já me habituei à ideia que a qualquer momento posso perdê-la, custa-me vê-la assim, mas temos de aceitar é a lei natural da vida.

E- Na sua opinião, qual o lugar mais indicado para a sua mãe estar nesta fase?

“Duarte”- Aqui sem dúvida alguma, para já só quero é que cuidem dela tal como tem direito, depois não sei como vai ser.

E- Quais os recursos da comunidade em que está inserido e que poderia recorrer?

“Duarte” – Para mim seria bom que ela continuasse aqui e depois quem sabe um Lar, mas ela qui está melhor para a situação atual dela.

Entrevista à sobrinha de “Clara”

Doente: “Clara” **Idade:** 86 anos **Estado Civil:** Viúva **Habilitações Literárias:** 2^a classe

Principal Cuidadora: Sobrinha “Fátima”

Idade: 62 anos **Estado Civil:** Viúva **Habilitações Literárias:** 4^a classe

Situação Profissional: Reformada

E- Já alguma vez falou com o médico em relação à sua Tia?

“Fátima “ - Sim, sou eu que tenho cuidado dela, o médico daqui ainda só falei com ele uma vez por causa da medicação e dos problemas de saúde dela.

E- Acha que a sua Tia poderia beneficiar de alguma maneira se você pudesse prestar-lhe alguns cuidados?

“Fátima” – Ela está melhor qui, eu às vezes já me sinto cansada para cuidar dela, mas se eu tiver que ficar com ela, só tenho de cuidar dela, ela não tem mais ninguém.

E- Dispõe de tempo para prestar cuidados no seu familiar durante o internamento?

“Fátima” – Eu tenho vindo todos os dias, quando não posso vir diariamente venho dia sim, dia não, se ela tem alguma recaída eu quero cá estar ao pé dela, é como se fosse uma mãe para mim.

E – Já teve alguma reunião com a Assistente Social ?

“Fátima” – Quando eu cá entrei com a minha tia foi logo a primeira pessoa com quem falei, foi com ela e com as colegas lá em baixo no gabinete, são todas muito simpáticas.

E –O que falou concretamente?

“Fátima” -*Falámos da minha tia, informações sobre ela, da Instituição, sobre a minha pensão e a pensão dela.*

E- Algum membro da equipa de saúde mostrou preocupações e interesse pelos problemas da família?

“Fátima” – *Na altura a Dr^a (Assistente Social) disse que sempre que eu precisasse de alguma coisa para ir ter com ela e aqui os enfermeiros também são uns doces de pessoas e há uma fisioterapeuta de que eu gosto muito.*

E- Tem alguma crítica a apontar em relação ao funcionamento da Instituição?

“Fátima”- *Nenhuma, funciona tudo bem até acho que há refeições a mais, aqui não falta nada.*

E- Qual é o seu maior receio em relação à sua tia?

“Fátima” – *De a ver assim, pior que isto só mesmo ela morrer, mas custa-me muito vê-la assim, ela tem dias que parece que já nem me conhece.*

E- Na sua opinião, qual o lugar mais indicado para o seu pai estar nesta fase?

“Fátima” – *Aqui ou num Lar, mas aqui agora está bem.*

E- Se a sua tia tivesse alta, reúne condições para a ter consigo em casa?

“Fátima” – *Na minha casa se tiver de ser, mas sinto-me cansada e acho que o que seria mais indicado era um Lar.*

Entrevista ao Cuidador Principal em contexto da ULDM

Entrevista à sobrinha de “Antónia”

Doente: “Antónia” **Idade:** 89 anos **Estado Civil:** Solteira **Habilitações Literárias:**
1º Estádio de Educação Básica - 4ª classe

Principal Cuidadora: Sobrinha “Marília”

Idade: 66 anos **Estado Civil:** Solteira **Habilitações Literárias:** 1º Estádio de
Educação Básica - 4ª classe

E- Já alguma vez falou com o médico em relação à sua Tia?

“Marília” – Não nem o conheço, nunca o vi.

E- Acha que a Srª “Antónia” poderia beneficiar de alguma maneira se você pudesse prestar-lhe alguns cuidados?

“Marília” – Sim, eu estou totalmente disponível.

E- Dispõe de tempo para prestar cuidados no seu familiar durante o internamento?

“Marília” – Eu não tenho transporte. Venho quando posso e venho sempre de autocarro. (Falta de Transporte)

E – Já teve alguma reunião com a Assistente Social ?

“Marília” - Sim, gosto imenso da Senhora. Tem-me ajudado bastante. (Relação próxima com Assistente Social)

E – Já teve reuniões periódicas com algum dos membros da equipa de saúde?

“Marília” - *Falo mais com os enfermeiros. (Relação próxima com os enfermeiros) Não sei quem é o médico, nunca o vi, gosto muito de um Enfermeiro, o “Júlio”. Não tive reunião com ninguém. Quando preciso, vou e falo com os enfermeiros. São todos muito simpáticos. Funciona tudo muito bem. (satisfação com a equipa) .*

E- Algum membro da equipa de saúde mostrou preocupações e interesse pelos problemas da família?

“Marília” – *Sim, é tudo boa gente. Quando a minha tia tem alguma coisa os senhores enfermeiros dizem-me sempre.*

E- Tem alguma critica a apontar em relação ao funcionamento da Instituição?

“Marília” – *Acho que não, até agora está tudo bem. Às vezes uma funcionária ou outra é mais simpática que outra mas não tenho razão de queixa.*

E- Qual é o seu maior receio em relação à sua tia?

“Marília” - *A morte não escolhe idades, o meu maior receio é que eu vá à frente dela. (receio de que a doente fique sozinha).*

E-Na sua opinião, qual o lugar mais indicado para sua tia estar nesta fase?

“Marília” - *Queria que ela fosse para um Lar. Não tem mais ninguém.*

E- Se a sua tia tivesse alta , reúne condições para o ter consigo em casa?

“Marília” –*Eu moro sozinha. Tenho condições para a ter comigo, ela cuidou de mim e agora cuido eu dela. (agradecimento/compensação/disponibilidade).*

E- Quais os recursos da comunidade em que está inserido e que poderia recorrer?

“Marília” – *Se não for na minha casa, num Lar acho que é o mais indicado.*

Entrevista à filha de “Alda”

Doente: “Alda” **Idade:** 83 anos **Estado Civil:** Casada **Habilitações Literárias:** 1º
estádio da Educação Básica - 4º classe

Principal Cuidador: Filha “Francisca” **idade:** 44 anos **Estado Civil:** Casada
Habilitações Literárias: 11º ano

Situação Profissional: Desempregada (trabalhou no comércio, numa “taberna” dos
seus pais)

E-A senhora é a única filha da doente?

*“Francisca” -Tenho um irmão que está a trabalhar em Inglaterra. Veio cá há
coisa de um mês e tal. Esteve cá 15 dias. (Família presente ocasionalmente)*

E- Em relação à sua mãe, quando é que começou a piorar?

“Francisca” -Foi desde que caiu em 2011.

E-Antes da queda ela tinha uma vida normal?

*“Francisca”- Não ela já não fazia muito uma vida normal porque sempre teve
problemas nervosos, sempre tomou medicamentos por causa de ser epilética daí ,estar se
calhar neste estado mais desequilibrado agora. Já trazia canadianas, foi operada duas vezes ao
mesmo joelho e ao passar as escadas se calhar pôs a bengala no degrau de baixo.(doença
nervosa, epilepsia)*

E- E depois ficou logo dependente na cadeira de rodas?

*“Francisca”- Sim ficou. Foi para o Hospital depois esteve duas semanas ou três e
foi para minha casa uma semana e depois piorou porque acho que lhe deu um princípio de
AVC, esteve mesmo mal, esteve com aquele aparelho de medir as pulsações, nem se podia
mexer nem nada. Outra vez quando estava em minha casa, a Srª Drª viu o meu pai assim, já a
queria mandar para aqui, mas o meu pai agarrado a minha mãe não queria mas depois teve*

que ser porque ele fica assim desequilibrado, ela foi para minha casa quatro meses, depois veio para aqui porque não havia vagas. (apego, forte ligação do esposo à doente)

E-Queria era mesmo um Lar? É isso?

“Francisca”- Em princípio não era preciso Lar porque a minha mãe depois que começou a estar assim agitada é que o meu pai para descansar um bocadinho, optamos por vir para aqui. Depois em princípio é capaz de vir para minha casa não sei. (disponibilidade da cuidadora em assegurar os cuidados)

E- O seu pai tem vindo cá todos os dias?

“Francisca”- Todos os dias! É o mínimo não é. (cuidadora muito presente, forte ligação)

E- Então a sua mãe piorou devido ao AVC?

“Francisca”- Sim, foi a partir daí. No Hospital não tinham detetado nada, depois, nós é que vimos que era um AVC. Ainda agora começou a ter a boca um bocadinho ao lado, o braço não mexia muito bem e detetamos isso porque os enfermeiros nunca disseram nada, nós é que desconfiamos mas já falamos cá com o Sr. Enfermeiro Psiquiatra pedimos ao médico e o enfermeiro falou connosco e depois nós dissemos e ele confirmou que lhe tinha dado alguma coisa porque notou os sintomas ...fisicamente ela antes estava melhor que nós. (deteção precoce da doença pela família)

E- Antes da reforma a sua mãe que fazia?

“Francisca”- Trabalhava no comércio. Tinha uma taberna.

E- Em relação ao médico da Instituição alguma vez falou com ele?

“Francisca”- Uma vez falámos com ele, porque a minha mãe estava muito agitada. Mas depois foi só o meu pai que falou com o Sr. Dr. E depois o Sr. Dr. foi lá a cama da minha mãe nós saímos e acho que lhe deu medicações depois. Foi logo nos primeiros dias que ela veio porque estava agitada como estava em casa, agora acho que a minha mãe está melhor. O meu pai é que não. Agora é que eu vejo mesmo que a minha mãe está um bocadinho melhor. (doente acalmou com a presença do médico, está a melhorar, o esposo está mais agitado por a esposa não estar em casa)

E- A Senhora de momento tem disponibilidade de lhe prestar cuidados em casa?

“Francisca”- *Se tiver que ir vou. Complicado é o meu pai. Só que o meu pai está sempre alí de noite e tudo. Tenho medo é que lhe dê algum AVC a ele. Eu tenho que fazer o que posso fazer. Eu trabalhava na taberna, legalmente nem estou desempregada, se a minha mãe precisar de mim, nem vou procurar emprego não é!? Depois chamam-me para algum lado, não sei como é que... não posso concorrer agora. (disponibilidade para continuar a cuidar da doente no domicílio, preocupação em relação ao esposo da doente, fragilidade e emotividade do esposo da doente)*

E-E em relação a equipa de saúde?

A minha mãe está a ser acompanhada pela terapeuta da fala. Nós falámos uma vez e depois ela disse que ia fazer o que podia e já não tornamos a contactar. (Confiança na terapeuta da fala)

E- Gostaria de falar sobre determinados assuntos com a Assistente Social ou com a Psicóloga que ainda não tenha falado?

“Francisca”- *O meu pai é que talvez fosse de aconselhar, é que ele agora está cá, a minha mãe não descansa, já lhe disse «oh pai enquanto a mãe lá está não descansa. Quando a mãe vier vai ser muito complicado, é que depois as doenças veem e depois já não há remédio.» Eu acho que se ela fosse para casa iria piorar. O meu pai normalmente está calmo, ele fica assim é de estar ao pé dela. Tem chorado mas depois passa. Por um lado até é bom, geralmente desabafa aquilo tudo que tem lá dentro e enerva-se também um bocadinho. A minha mãe quando for para casa não sei como vai ser. É complicado. (apoio psicológico para o esposo da doente)*

E- E aqui na Instituição, acha que está a correr tudo bem?

“Francisca”- *Sim. Não tenho nenhuma queixa a dar. As senhoras têm tido muito paciência com a minha mãe. (satisfeita com a instituição e com a equipa)*

E- A nível da doença da sua mãe, nota alguma evolução?

“Francisca”- *A minha mãe tem dias. Agora está bem, toma um comprimido está mais calminha. Há dias em que a minha mãe está mais calma, há dias em que a minha mãe está mais agitada. Nos estamos cá das 14h as 18h. É todos os dias a mesma coisa e há horas*

que está calminha como agora, até conversa um bocadinho a gente percebe, há outros dias está assim um bocado mais agitada. (Estado ainda instável da doente)

E-Quando fala da demência da sua mãe ao seu pai como é que ele se sente?

“Francisca”- Ele já está conformado, tem dias que não aguenta a pressão. Nós queríamos era que a minha mãe não tivesse tao excitada coitadinha não tivesse tão ansiosa. (conformação, equilibrar o estado emocional do esposo e ansiedade da doente)

E-Qual é seu maior receio neste momento?

“Francisca”- Oh não sei, esperemos para ver. Um dia de cada vez. Eu gostava que a minha mãe melhorasse um bocado e o meu pai não tivesse as crises de choro que tem tido. Seria um alívio. Ela já não vai ficar como estava. (incerteza, esperança, conformação, desgaste emocional da filha da doente)

E-A sua mãe também está na fisioterapia?

“Francisca” -Sim ela vai fazendo exercícios, ela às vezes fica melhor outras vezes não, porque não está bem. Vamos lá ver agora o que o neurologista diz. (Estado instável, aguarda informação do médico)

E-Achava que o lugar mais adequado para ela onde é que seria?

“Francisca”- Eu acho que aqui estava bem. (satisfação com a Instituição)o meu pai é que traz o carro. Tanto que na primeira semana ele bateu. Na minha casa é mais complicado por causa das escadas mas de qualquer maneira eu acho que aquilo é uma maneira de ela não estar bem coitadinha. O sistema nervoso dela nunca está bem.(instabilidade da doente)

(Durante a Entrevista o esposo de “Alda” apresentou-se emotivo)

“Queria tê-la em casa, já chorei mais pela mulher, do que chorei em toda a minha vida.”

“Francisca” - A minha mãe se vai para casa, o meu pai não descansa, ela continuando aqui, o meu pai descansa melhor.

Em contexto de atendimento por parte da Assistente Social, foi discutido a marcação de uma nova consulta de psiquiatria para “Alda”.

“Francisca” - Quando recebe visitas, fica agitada. A minha mãe não tem noção onde está bem. Ora está lucida ou não. Quando estava na minha casa, queria ir para casa dela.

(Neste atendimento ficou decidido a marcação de uma consulta, primeiro no Fundão, depois na Covilhã, o encaminhamento para a psicóloga, para poder desabafar, uma vez que o esposo da doente está fragilizado, e o diálogo com a psicóloga ajudarão a orientar-se e a desabafar e avaliar as principais necessidades da doente.)

Entrevista ao Filho de “Belmira”

Doente: “Belmira” **Idade:** 76 anos **Estado Civil:** Casada **Habilitações Literárias:** 1º
Estádio de Educação Básica -4ª classe

Principal Cuidador: Filho “João”

Idade: 34 anos **Estado Civil:** Solteiro **Habilitações Literárias:** 12º ano

Situação Profissional: Desempregado

A doente estava em casa. Esteve no Hospital da Covilhã durante sete semanas. Está a ser acompanhada pelo médico numa localidade próxima.

E- Já alguma vez falou com o médico em relação ao seu pai?

“João” -Se não fizermos perguntas ele não diz nada, já falei com ele, mas foi por acaso. Nem sei o nome.

E- Acha que a sua mãe poderia beneficiar de alguma maneira se você pudesse prestar-lhe alguns cuidados?

“João” – *Eu ou o meu pai temos capacidade para assegurar os cuidados da minha mãe, mas ela aqui está bem, tem fisioterapia e tem acompanhamento.*

E- Dispõe de tempo para prestar cuidados no seu familiar durante o internamento?

“João” – *Eu neste momento posso prestar-lhe todos os cuidados que puder, tenho disponibilidade.*

E – Já teve alguma reunião com a Assistente Social ?

“João” – *Quando a minha mãe entrou eu e o meu pai falámos com a Dr^a e qualquer coisa já temos contatado sobre as idas ao médico da minha mãe.*

E – Já teve reuniões com alguns dos outros membros da equipa de saúde?

“João” – *Falo quase todos os dias com os enfermeiros, eles têm um contato mais direto com a minha mãe.*

E- Algum membro da equipa de saúde mostrou preocupações e interesse pelos problemas da família?

“João” – *Os enfermeiros, a Assistente Social são todos muito competentes, e mostram-se interessados. Não tenho que dizer desde o primeiro ao último. São muito simpáticos. Falei com a Assistente Social e com a psicóloga quando entrei. Quando a minha mãe vai a consulta, perguntam se vou a acompanhar ou não. Como estou desempregado vou sempre.*

E- Tem alguma crítica a apontar em relação ao funcionamento da Instituição?

“João” – *Até agora funciona tudo dentro das normalidades. Não tenho nada a dizer.*

“Belmira” - *Gosto de aqui estar por enquanto. A minha casinha é melhor.*

E- Qual é o seu maior receio em relação à sua mãe?

“João” – *Como qualquer filho tem, medo de a perder a qualquer momento. A ferida na perna não cicatrizava para operar. A fisioterapia tem estado a funcionar no braço. A perna está a evoluir lentamente. Vamos ver a evolução dela!*

E- Na sua opinião, qual o lugar mais indicado para a sua mãe estar nesta fase?

“João” – *Por enquanto aqui, depois logo se vê.*

E- Se a sua mãe tivesse alta, reúne condições para o ter consigo em casa?

“João” – *Eu tenho disponibilidade apesar de ela ter saudades da casa dela, se tiver que ser, o meu pai também pode cuidar dela.*

E- Quais os recursos da comunidade em que está inserido e que poderia recorrer?

“João” – *Estamos a tratar de ver de Lares aqui perto, vamos ver se consegue vaga aqui perto.*

Entrevista à irmã de “Olga”

Doente: “Olga” **Idade:** 82 anos **Estado Civil:** Casada **Habilitações Literárias:** sem educação, educação de 1ª (pré-1ª)

Principal Cuidador: Irmã “Judite” **Idade:** 77 anos **Estado civil:** solteira

Habilitações Literárias: Não tem, mas sabe ler e escrever

Situação Profissional: Reformada

“Judite”: *Estive na França, fazia 75 camas por dia, trabalhava num hotel, fora limpezas, contar roupa, marcar roupa. Tive que aprender a fazer tudo. Deixei o português para estudar o francês.*

E- Em relação à sua irmã, é casada?

“Judite”: *Ela foi viúva do primeiro marido, tinha 39 anos. O outro marido gastava-lhe o dinheiro todo. Ele está em Vila de Rei, numa Instituição, ela não tem dinheiro para um Lar porque os Lares agora estão muito caros.*

E-Neste momento é a pessoa mais próxima da doente?

“Judite”: *Não tem mais ninguém...somos as duas irmãs, o meu irmão já faleceu, (o outro irmão que era da outra mulher...que o meu pai quando casou era viúvo, tinha dois filhos da outra mulher) (A doente começou a lamentar-se, quase que a chamar)*

(Eu já la vou “Olga” ...só estamos aqui a conversar uma coisa...)

E-O que é que a sua irmã fazia antes de ficar assim?

“Judite”: *A minha irmã já estava na reforma. Foi para a França também. Ela não tinha estudos. Ela teve filhos mas abortou deste segundo marido. Teve um AVC, durante quatro dias não tiveram tempo de evitar, no dia 29 de Abril estava eu ao pé dela, e disse “Olga” amanhã venho cá e venho Domingo, fui à cabeleireira e depois quando sai da cabeleireira quem é que me segurava? Agarro num táxi e fui vê-la. Foi um choque muito grande para mim. Já não a ouvi falar, no Domingo o táxi estava para longe, na Segunda fui e a rapariga que estava a ver a mãe dela disse-me: «Havia de ouvir a sua irmã a dizer Jesus, Jesus, Jesus»...A partir daí estive um mês no Hospital e foi para Forno de Algodres pagava 100 euros, vinte contos...e agora como está o meu cunhado, também paga 100 euros e a pensão dele é pequena, mas tem a pensão mais um bocadito maior que a da minha irmã, eu paguei quase 200 euros, 196 por aí, portanto ele lá está e a Dr^a disse que o meu cunhado tinha aqui vaga mas a outra Dr^a deixou passar a vaga.*

E-Há quanto tempo é que lhe deu o AVC?

“Judite”: *Vai fazer um ano no dia 30 de Abril deste ano. Foi já no ano passado que aconteceu isso. E depois era de um lado para o outro. Era uma prima minha que estava sempre a discutir com ela, era o meu cunhado que estava sempre em casa. Com os nervos deu-lhe um AVC, foi a tensão que lhe subiu... (Olga começa a lamentar-se)*

(Eu já aí vou “Olga” ...eu já aí vou “Olga”, Eu estou aqui!)

E-A senhora vive sozinha?

“Judite”: *Eu? Vivo sozinha. Vivo em Louriçal do Campo.*

E- Como é que a Sr^a se desloca?

“Judite”: *De táxi, a pagar 25 €, venho quartas e domingos.*

E- A sua relação com a sua irmã sempre foi próxima?

“Judite”: *Sim sempre, o meu pai já há trinta e tal anos que faleceu.*

**E -Qual a sua relação com os médicos e com as pessoas que aqui trabalham?
Alguma vez foi procurada pelo médico?**

“Judite”: *Não, mas nos Fornos de Algodres, médicos, enfermeiras, tive que saber os nomes deles todos, mas aqui não.*

E- E acha que era importante falar com eles aqui?

“Judite”: *Não sei porquê?*

E- Mas sente a falta de falar em relação à evolução da sua irmã?

“Judite”: *Sim, se tivesse uma reunião com os médicos ou enfermeiros, mas já não há nada a fazer. Eu não me casei, mas agora tenho de cuidar da minha irmã. A Dr^a disse-me para eu não me preocupar com a minha irmã que iam tentar que ficasse num Lar aqui perto. Ela não pode ficar aqui sempre.*

E-E daqui onde é que espera que ela fique?

“Judite”: *Já temos Lares marcados, São Vicente; Lardoza; Alcains, Soalheira e Alpedrinha, a minha irmã está inscrita em todos estes.*

E- E para ir para a sua casa?

“Judite” - *Isso não faço questão porque não tenho onde a meter. Tem escadarias, é uma casa com 4 metros de largura, já pode ver. Não dá para estar connosco. Não tenho saúde para isso. Estive três semanas no hospital, é complicado. (“Olga” começa a lamentar-se)*

“Judite” - *o que é “Olga” o que é que tu tens? Ai a marota que está com inveja.*

E - **Ela deve estar curiosa do que é que estou aqui a fazer não é? Quero saber de si um bocadinho. Ela entende o que eu estou a dizer, entende?(...) Ela a mim não me conhece. A Senhora sabe quem é o médico que assiste a sua irmã? Já teve alguma reunião, entrevista com a Assistente Social daqui?**

“Judite”- *Não faço ideia de quem seja o médico daqui. Com a Dr^a já falei lá em baixo no escritório.*

E- **E gostava de falar com mais alguém aqui da Unidade à cerca da sua irmã?**

“Judite” - *Ela não melhora mais do que isto. O que é que eu vou falar com eles? Falei uma vez com a Dr^a a pedir para ficar aqui a minha irmã.*

E- **Acha que as pessoas que trabalham aqui se preocupam e se interessam pelos seus problemas?**

“Judite”- *Interessam sim, senhora.*

E- **Em que medida? Já alguma vez foi ajudada em relação aos seus problemas?**

“Judite”- *A Dr^a disse que poderia ter uma outra pensão de cá, mas como a pensão é da França, não tem direito a nada. «A Sr^a tem direito a uma pensão de cá, mas depois ela disse que não tinha direito que a pensão dela era da França.» Neste momento o que mais me preocupa é a estadia da minha irmã e que tenha todos os cuidados. Estou a pagar 141 euros.*

E- **Tem alguma crítica a apontar em relação ao funcionamento da Instituição?**

“Judite”- *Não, nada.*

E-Está contente, é bem recebida?

“Judite”- Sou bem recebida, já trouxe uma fotografia de um Sr. que lá está em baixo, uma fotografia feita por mim.

E – Qual é o seu maior receio?

“Judite” -Maior medo? Da má notícia.

E - “Acha que aqui é a sua irmã está bem?”

“Judite” - Sim, eu estou contente, aqui tratam-na muito bem mas gostava que a mandassem para um Lar mais perto da terra. Já ia mais vezes vê-la.

Entrevista à Cunhada de “Flávio”

Doente: “Flávio” **Idade:** 84 anos **Estado Civil:** Casado **Habilitações Literárias:** 1º Estádio da Educação Básica – 4ª classe

Principal Cuidador: Cunhada “Sofia”

Idade: 56 anos **Estado Civil:** Solteira **Habilitações Literárias:** 12º ano

Situação Profissional: Funcionária Pública

E- Já alguma vez falou com o médico em relação ao Sr. “Flávio” ?

“Sofia” - Sim às vezes quando ele passa por aqui falamos, mas é só de passagem.

E- Acha que o seu cunhado poderia beneficiar de alguma maneira se você pudesse prestar-lhe alguns cuidados?

“Sofia” - Eu tenho ajudado, mas dentro das minhas possibilidades, antes do meu cunhado vir para aqui estava a receber apoio domiciliário nas higiènes e nas refeições.

E- Dispõe de tempo para prestar cuidados no seu familiar durante o internamento?

“Sofia” – Eu tenho vindo pelo menos duas vezes por semana, quando saio do trabalho, moro perto o que acaba por ajudar.

E – Já teve alguma reunião com a Assistente Social ?

“Sofia” – Ela tem ajudado no que pode, às vezes falo com ela acerca dos hábitos alcoólicos do meu cunhado, ultimamente já está a melhorar, mas tem fases. Em princípio vamos falar com a Psicóloga para o ajudar também.

E – Tem falado com a restante equipa?

“Sofia”- Eu acabo por estar mais com as fisioterapeutas, quando chego ele está no ginásio, outros dias já o apanho no jantar e tenho falado com os enfermeiros quando veem dar a medicação.

E- Algum membro da equipa de saúde mostrou preocupações e interesse pelos seus problemas ?

“Sofia” – Os hábitos alcoólicos do meu cunhado é o grande problema mas já está a ser resolvido, as Doutoradas vão ver o que podem fazer para ajudar.

E- Tem alguma crítica a apontar em relação ao funcionamento da Instituição?

“Sofia”- Não. Gosto muito de toda a gente, é tudo boa gente.

E- Tem falado com o seu cunhado relativamente à sua evolução?

“Sofia” – Ele sabe que aqui agora está bem e está aqui é para recuperar e ser ajudado, eu falar com ele falo todos os dias e ajudo-o ele sabe disso, mas às vezes ele é teimoso e só ouve e faz o que lhe interessa é preciso é ter paciência.

E- Qual é o seu maior receio em relação ao Sr. “Flávio” ?

“Sofia” – Que não melhore, a minha principal preocupação é que ele recupere as pernas e que tire da cabeça o álcool.

E- Na sua opinião, qual o lugar mais indicado para o seu pai estar nesta fase?

“Sofia” – Aqui sem dúvida alguma, tem tudo o que é necessário lá em casa sozinha eu não dou conta de tudo.

E- Quando o seu cunhado tiver alta reúne condições para o ter consigo em casa?

“Sofia” – Eu tenho condições moro mesmo ao pé dele, só que às vezes a paciência não é muita, mas eu faço o que posso é a minha obrigação.

E- Acha que poderia ser ajudada de alguma forma nesse sentido? Quais os melhores recursos que a poderiam ajudar?

“Sofia” – Até aqui ele tem estado a receber as senhoras lá em casa que lhe trazem o almoço, que acaba para dar para o jantar e nas higiènes já me poupam muita dor de cabeça. Por enquanto se for assim, está tudo bem.

Entrevista à mãe de “Alberto”

Doente: “Alberto” **Idade:** 47 anos **Estado Civil:** Divorciado **Habilitações Literárias:** 4ª classe

Principal Cuidador: Mãe “Lurdes” **Idade:** 82 anos **Estado Civil:** Viúva

Habilitações Literárias: 4ª Classe

Situação Profissional: Reformada (Trabalhou numa Fábrica de Lanifícios)

(Em contexto de visita ao Sr. “Alberto” a sua mãe começou por falar nos seus filhos)

“Lurdes” -Tenho uma filha que está na Suíça, foi para lá quando tinha 18 anos. O marido é de lá. A vida dela é lá. E tenho um mais velho que mora aqui perto.

E - O Que fazem os seus filhos?

“Lurdes” - *O mais velho é chefe dos canalizadores (O Sr. “Alberto”, interrompe)
Não é chefe, é encarregado! Lurdes - Ah está bem pronto. E a minha filha trabalha num
restaurante. O meu genro era chefe de uma papelaria a nível nacional, só que aquilo fechou.
Sabe há quanto tempo é que o meu genro está em casa? Há 7 anos.*

E - Qual é o tipo de relação que tem com o seu filho?

“Lurdes” - *É boa. Primeiro vinha aqui dia sim, dia não. Venho hoje, venho
depois...para o fim de semana. É longe eu também não aguento as pernas.*

E - Como foi acolhida na Instituição? Foi procurada pelo Médico?

“Lurdes” - *Fui bem tratada...Eu nunca estive com o médico, o meu filho estava no
Garcia da Horta e estive lá, depois mandaram o meu filho para cá (Lurdes questiona
“Alberto”: Onde é que tu estiveste!? Em São Brás de Alportel não foi?) E de lá é que mo
mandaram para aqui. Ele não tinha mais ninguém. Ele está separado, os filhos também são
menores e eu também não tinha casa com condições nem idade e dando-me qualquer coisa a
mim quem é que depois cuidava dele? Ficávamos lá os dois? Não pode ser! A minha casa tem
uma escadaria antiga...uma escadaria de pedra, agora de vez enquanto já vai sozinho. Às
vezes levo-o lá a casa.*

**E - Acha que o seu filho poderia beneficiar de alguma maneira se a senhora
lhe pudesse prestar alguns cuidados?**

“Lurdes” - *Oh...não sei que cuidados. Para já, por causa da higiene não posso,
não posso.*

E - Se ele de um momento para o outro se fosse embora daqui?

“Lurdes” - *Em casa nem pensar. Não podia ser. Elas (técnicas) já viram que eu
não tenho idade, nem condições. Eu estou sozinha, não tenho ninguém, não tenho idade, não
é brincadeira nenhuma. Muito bem eu estava ainda. Eu vinha aqui dia sim, dia não e agora
não. Às vezes quero vir aos fins de semana, não tenho transporte. Eu apanho o autocarro á
minha porta para a Estação. Já tenho ido a pé da Estação para a minha casa, mas chego a
casa estoirada, é quase uma hora de caminho. Moro longe da cidade.*

E- Qual é a sua relação com a equipa de saúde desta Instituição? Sabe o nome do médico que assiste o seu filho?

(“Alberto” interrompe)

“Alberto” - Não, nunca o vi nem falei com ele. Ele não é nada simpático, mal fala. Passa pelas pessoas, nem para falar.

“Lurdes”- É difícil tenho de estar a alugar um táxi para ele lá ir à médica no posto.

E- Já teve alguma conversa/reunião com a Assistente Social da instituição?

“Lurdes” - Nunca falei com ninguém. Só a Assistente Social lá da Covilhã mas nem falo assim muito com ela. Quem trata disso é o meu filho, o mais velho. Quando preciso de alguma coisa eu falo com ela. Quando venho para pagar eu falo com ela, mas quando vinha da Covilhã para ir tratar dos dentes, tinha que estar a alugar táxi, e eu queria ver se falava com a Dr^a para ver se se arranjava aqui uma consulta perto.

E – Já teve reuniões com alguém da Instituição ?

“Lurdes” - Não ... Não... só tive aqui hv à tempos uma pequena conversa com a Dr^a “Carla” (psicóloga) e a Dr^a “Lara” (Assistente Social) para ele cá ficar. De resto não sei mais onde. Ele já está aqui adaptado. Ele lá na Covilhã esteve num Lar, no Lar de São José. Em principio se ele puder aqui estar... Ele gosta de aqui estar.

E - E algum membro da equipa mostrou preocupação?

“Lurdes” - Nunca ninguém se preocupou com isso. Eu à vezes estou sozinha. Não tenho ninguém, eu é que tenho que me desenrascar em tudo. Se ele precisa de alguma coisa eu é que lhe trago !

E- Mas, gostaria de falar algum assunto com a equipa?

“Lurdes” - Oh... a vida dele está vista não é? Não há muito a fazer. Só queria é que ele cá continuasse. O que é que eu posso fazer?

E - À pouco referiu-me o facto do seu filho não ter neste momento pensão para pagar...

“Lurdes”- *Eu agora estou sozinha...a minha renda de casa também não é elevada, mas prontos tenho o gás, a luz, o telefone. Tenho as minhas despesas. Agora também tenho de poupar, eu tinha duas reformas e tiraram-me cerca de 100 euros. Agora é difícil. Este mês já estou farta de dar voltas à cabeça preciso de comprar uma máquina de lavar roupa e estou a pensar donde é que vem o dinheiro?*

E - Tem alguma critica em relação ao funcionamento da Instituição?

“Lurdes” - *Ele é que sabe, pronto ... há uma empregada ou outra que pode ser melhorzita, mas eu não tenho que dizer ele é que sabe.*

E -Tem alguma critica a apontar “Sr. Alberto”? Funciona tudo bem?

“Alberto” - *Sim, funciona! Eu acho que elas são boas pessoas e a gente também não anda sempre bem.*

E - Relativamente ao seu filho, costuma falar com ele acerca da doença e da sua evolução?

“Lurdes” - *Não. Só lhe pergunto... O que é que lhe irei falar? Ele vai à Tocha de vez enquanto e na altura pergunto-lhe o que lhe dizem os médicos. Mais ou menos estou dentro do assunto. Ele acha que já não evolui muito. Ele está estável. Aquela mão esquerda e o braço já não tem recuperação. A perna vai evoluindo um bocadinho. Mas pronto, é uma pessoa que está estável. Muito bem ficou ele da cabeça. É assim...já sei que a vida dele é esta.*

E - Como é que procura ocupar o seu dia “Sr. Alberto”?

“Alberto”- *A ler...a ver tv...pouca coisa. Não vejo bem, mas ainda leio qualquer coisa, mas depois começa-me a doer a vista.*

E - Conhecendo o seu filho é da opinião que ele conhece toda a evolução provável do diagnóstico da doença?

“Lurdes” - *Eu acho que sim, que ele devia conhecer.*

E - Porque é que acha?

“Lurdes” - *Oh...para saber o que se passa com ele. Não sei se isto teve a ver com os problemas que ele tinha. A separação, as preocupações com o trabalho. Trabalhava muito. Não sei...ele já antes disto lhe dar, ele não tinha vida, ele andava-se sempre a queixar da cabeça só que não ia ao médico. Tinha que se sustentar e trabalhou muito. Na minha opinião a vida que ele tinha é que lhe originou a doença.*

E -Qual o seu maior medo em relação ao seu filho?

“Lurdes” - *O meu maior medo é se eu faltar, não tem ninguém. Tem o irmão, mas o irmão também não tem vida. Vem cá às vezes. Trata-lhe as coisas no posto médico lá da terra e já não é mau. A minha outra filha está longe, não é que ela não seja amiga da família, mas não pode. Está muito longe, tem a vida dela.*

E - Sr. “Alberto” acha que é importante passar o seu tempo aqui com a sua mãe? Sente a falta de estar com as pessoas lá de fora?

(Sr. “Alberto” não respondeu, a Sr^a Lurdes interrompe...)

“Lurdes” - *Aqui há dias quando eu fiz anos, a irmã veio cá e esteve com ele....(Fala para António) Olha lá...vê lá horas que eu tenho comboio às 15h:15!*

E- Qual é o lugar mais adequado nesta fase para o seu filho?

“Lurdes”- *O que é que eu lhe heide dizer? Na minha opinião ele gosta de aqui estar. Eu tenho 82 anos não tenho idade já.*

“Felisberta” : Situação Social: Sem familiares diretos

<p>Doente: “Felisberta” Idade: 90 Estado Civil: Solteira Habilitações Literárias: Sem Educação</p> <p>Sem familiares diretos (sobrinha ausente)</p>
--

Entrevista à Filha de “Jorge”

Doente: “Jorge” **Idade:** 84 anos **Estado Civil:** casado **Habilitações Literárias:**

1º Estádio de Educação - 4ª classe

Principal Cuidadora: Filha “Albertina” e esposa do doente **Idade:** 50 anos

Estado Civil: Casada **Habilitações Literárias:** Licenciatura

Situação Profissional: Professora Primária

E- Já alguma vez falou com o médico em relação ao seu pai?

“Albertina” – Às vezes tenho falado com ele, quando preciso de alguma coisa e ele está por cá, vou falar com ele. É uma pessoa acessível .

E- Acha que o seu pai poderia beneficiar de alguma maneira se você pudesse prestar-lhe alguns cuidados?

“Albertina” - Eu estou a trabalhar, mas se tiver que cuidar dele cuido, o meu irmão também teve um AVC e nós também o temos estado a ajudar.

E- Dispõe de tempo para prestar cuidados no seu familiar durante o internamento?

“Albertina” – Eu não tenho muito tempo, mas tenho vindo quando posso.

E – Já teve alguma reunião com a Assistente Social ?

“Albertina” – Eu às vezes cruço-me com ela e temos falado sobre o meu pai. Mas a minha mãe já tem falado com ela sobre o meu pai.

E – E com os restantes membros da equipa de saúde?

“Albertina” – Os enfermeiros falo imensas vezes, acabam por estar mais ligados ao meu pai, são boas pessoas e competentes.

E- Algum membro da equipa de saúde mostrou preocupações e interesse pelos problemas da família?

“Albertina” – *Antes do meu pai entrar falámos com a Assistente Social relativamente à minha mãe que estava um pouco cansada, pois quando estamos a trabalhar, cuida do meu irmão que tem um AVC e do meu pai. É graças a ela que o meu pai está aqui.*

E- Tem alguma crítica a apontar em relação ao funcionamento da Instituição?

“Albertina” – *Não nada. É tudo impecável.*

E- Qual é o seu maior receio em relação ao seu pai?

“Albertina” – *Que tenha uma recaída e que aconteça o que a gente já sabe...um dia de cada vez. A revolta de não querer voltar. O meu pai quer estar sempre com alguém.*

E- Na sua opinião, qual o lugar mais indicado para o seu pai estar nesta fase?

“Albertina” – *Em casa ou aqui o meu pai está bem, mas a fisioterapia tem lhe feito bem.*

E- Se o seu pai tivesse alta, reúne condições para o ter consigo em casa?

“Albertina” – *Sim, a minha casa tem condições, a minha disponibilidade é que não é muita, apesar da minha mãe ter mais disponibilidade ela acaba por estar mais cansada.*

E- Quais os recursos da comunidade em que está inserido e que poderia recorrer?

“Albertina” – *Penso que daqui em diante se ele for para casa vai estar bem, mas acho que é necessário alguém que lá vá fazer-lhe as higiènes .*

Entrevista à neta de “Vitor”

Doente: “Vitor” **Idade:** 80 anos **Estado Civil:** Casado **Habilitações Literárias:**
1º Estádio de Educação Básica – 4ª classe

Principal Cuidador: Neta – “Ana”

Idade: 34 anos **Estado Civil:** solteira **Habilitações Literárias:** Licenciatura

Situação Profissional: Professora

E- Já falou com o médico em relação ao seu avô?

“Ana”- Ainda não estive com ele.

E- Acha que o seu avô poderia beneficiar de alguma maneira se você pudesse prestar-lhe alguns cuidados?

“Ana” – Eu diretamente só às vezes... acho que a minha mãe tem mais disponibilidade.

E- Dispõe de tempo para prestar cuidados no seu familiar durante o internamento?

“Ana”- O suficiente para vir cá durante a semana, nem que seja só para lhe dar um beijinho.

E – Já teve alguma reunião com a Assistente Social ?

“Ana”- Já tive com ela no Gabinete. Foi ela quem me recebeu e me deu os contactos aqui da Instituição. Ainda tenho de trazer alguma documentação do meu avô

E – Já teve reuniões periódicas com algum dos membros da equipa de saúde?

“Ana” -Ainda não. Mas já me cruzei aqui com alguns enfermeiros , são atenciosos e simpáticos.

E- Algum membro da equipa de saúde mostrou preocupações e interesse pelos problemas da família?

“Ana”- Sim, eles fizeram-me à pouco umas perguntas sobre a alimentação do meu avô, já lhe vieram medir a tensão e a glicémia.

E- Tem alguma crítica a apontar em relação ao funcionamento da Instituição?

“Ana” – Não, nada, tem ótimas condições e bons funcionários, por enquanto não poderia ser melhor para o meu avô.

E- Fala com o doente , relativamente a sua doença e evolução provável?

“Ana” - Às vezes vamos falando.

E- Conhecendo o seu avô é de opinião que ele conheça toda a verdade do diagnóstico e de evolução provável?

“Ana” – Sim, nós não lhe escondemos nada. Mas por vezes, não falamos tanto nisso para não lhe dar dores de cabeça.

E- Qual é o seu maior receio em relação ao seu avô?

“Ana” – Da morte, nesta altura tememos sempre o pior.

E- Na sua opinião, qual o lugar mais indicado para o seu avô estar nesta fase?

“Ana” – Aqui ele está bem, ele tem de ter fisioterapia para ver se recupera um pouco, aqui tem todo o apoio necessário.

E- Se o seu avô tivesse alta ,reúne condições para o ter consigo em casa?

“Ana”- Na casa da minha mãe sim, a minha é pequena e os acessos dificultam, tem escadas e moro num 4º andar.

E- Quais os recursos da comunidade em que está inserido e que poderia recorrer?

“Ana” – Um Lar, ele está inscrito em alguns Lares aqui da zona.

Entrevista ao filho de “Solange”

Doente: “Solange” **Idade:** 90 anos **Estado Civil:** Viúva **Habilitações Literárias:**
1º Estádio de Educação Básica – 4ª classe

Principal Cuidador: Filho “Artur”

Idade: 59 anos **Estado Civil:** Casado **Habilitações Literárias:** 4ª classe

Situação Profissional: Desempregado (Foi comerciante muitos anos)

E- Boa Tarde, Sr. “Artur” como está a sua mãe? O que lhe aconteceu?

“Artur” – Está mais ou menos. Uns dias piores que outros ...De um momento para o outro a minha mãe perdeu as forças nas pernas. Começou a ter quedas frequentes até que ficou numa cadeira de rodas. Às vezes tem falhas de memória próprias da idade.

E- Mas acha que estar aqui na Instituição vai ser benéfico para a sua mãe?

“Artur” - Ela vem para a Unidade para descansarmos um bocadinho, depois volta para Centro de Dia onde tem estado até agora. Sabemos que nestas idades já é difícil. Penso que aqui terá os cuidados necessários, mais vigilância... É diferente porque não tem o quarto dela, o ambiente que lhe é familiar, mas para nós é o melhor nesta altura. Os meus filhos já têm saudades dela, e de vez em quando têm vindo São coisas que a gente não pode fazer nada.

E- Acha que a sua mãe poderia beneficiar se pudesse prestar-lhe alguns cuidados?

Eu tenho vindo cá quase todos os dias. Mas sinto que a minha mãe está numa fase em que necessita de outro tipo de cuidados que eu com a minha esposa não conseguimos assegurar, a minha mãe começa a estar muito dependente.

E- Mas a Sr.ª “Solange” está a gostar de estar aqui?

“Artur” – *Tem dias. A minha mãe quando esteve aqui no Centro de Dia gostava de estar aqui, chegava a casa bem disposta. Agora está a estranhar o quarto e quer ir para casa.*

E- Na sua opinião qual o lugar mais adequado para a sua mãe estar nesta fase?

“Artur” – *Eu penso que por agora, ela tem de estar aqui para nos descansarmos um bocadinho. Aqui tem outra vigilância para nos descansarmos. Ela está inscrita num Lar, mas as vagas são difíceis. No Centro de Dia, estamos a pagar 80 euros por mês, é mais fácil de contornar ao nível de custos.*

E – Já falou com a Assistente Social?

“Artur” - *Sim já falei com a Assistente Social, falei sobre e a medicação dela e já tem uma consulta marcada. Ontem falei com os enfermeiros, são muito disponíveis e simpáticos. São cinco estrelas, só tenho a dizer bem.*

E – Já teve contato com mais alguém da Equipa da Saúde?

“Artur” – *Sim, já tenho falado com eles, principalmente sobre a medicação dela.*

E – Fala com a sua mãe relativamente à sua doença, da sua evolução?

“Artur” -*A minha mãe gosta que estejamos com ela, o dia em que não venhamos ela fica triste. Eu tento falar com ela, como se sente, mas há alturas que ela já não entende apesar de às vezes ela ter alguma desorientação e perde-se no discurso, refugia-se no espaço dela. Já está tudo esclarecido, a idade também não ajuda muito. Nós pensamos que as quedas são derivadas das pequenas demências.*

E- Qual o seu maior receio em relação à sua mãe?

“Artur” – *A minha mãe é muito minha amiga, é sempre com tristeza que a gente agora vê que as coisas não estão bem. Não esperamos por dias melhores. Gostávamos que ela continuasse ao pé de nós.*

APÊNDICE 7 – GUIÃO DE ENTREVISTA ASSISTENTE SOCIAL



A Relação entre o Assistente Social e a Família do Doente Crónico, numa UMDR/ULDM de Cuidados Continuados de Saúde, do Distrito de Castelo Branco

Guião de Entrevista ao Assistente Social

I

Caraterização do perfil do Assistente Social

1.1.Género

1.2.Idade ____

Feminino

☐

Masculino

☐

1.3.Estado Civil

1.4. Habilitações Literárias

1.5. Experiência Profissional

II – Papel do Assistente Social numa UMDR/ULDM

2.1.Quais as suas principais funções na UMDR/ULDM ?

2.2. Quais os princípios básicos que norteiam a sua intervenção?

2.3.Actualmente, quais os potenciais que encontra nesta Instituição?

2.4. Quais as oportunidades de melhoria na Instituição?

III – O Doente Crónico na UMDR/ULDM

3.1. Nos últimos seis meses < 1 ano, que tipos de doentes estiveram internados na Instituição?

3.2. Na sua intervenção diária com o doente, quais as principais estratégias utilizadas?

3.3. De um modo geral, quais as principais necessidades do doente?

3.4. Quais os recursos existentes na Instituição para colmatar as principais necessidades do doente?

3.5. Serão desejáveis outros? Se sim, quais?

IV – Intervenção do Assistente Social com a família do Doente Crónico

4.1. Em termos gerais, a família do doente está presente? Com que regularidade realiza o seu contacto com o doente?

4.2. Quais as principais estratégias que utiliza na relação que estabelece com a família do doente?

4.3. Na sua análise, enquanto Assistente Social, quais as principais necessidades ou preocupações sentidas pela família do doente?

4.4. Na sua intervenção, entende que a sua relação com a família do doente, poderá ser terapêutica para este? Porquê?

APÊNDICE 8 - ENTREVISTA REALIZADA À ASSISTENTE SOCIAL

I - Caraterização do perfil do Assistente Social

Género: Feminino;

Idade: 41 anos

Estado Civil: Solteira

Habilitações Literárias: Licenciatura em Segurança Social

Experiência Profissional: Trabalha há 12 anos na Instituição: 6 anos na UMDR/ULDM (2006).

II- Caraterização do perfil do Assistente Social

2.1. Quais as suas principais funções na UMDR/ULDM ?

Como Diretora Técnica: funções burocráticas e administrativas dos Cuidados Continuados; admissão; acolhimento do utente; avaliação; recolher as necessidades do utente que existem, para garantir os cuidados necessários nas Unidades de Internamento, assim como preparar o regresso ao domicílio ou alta para um equipamento que seja necessário encontrar. Articular com todas as áreas profissionais o feedback, de como é que o utente está a reagir aos cuidados. É a “ponte” entre todas as áreas. Ajudar o utente e a família nos processos das perdas e nos ganhos que o utente tem no seu problema de saúde. Ajudar na conceção no processo dos ganhos e das perdas de autonomia, colaborar em todas as áreas na elaboração do plano individual de intervenção. Estabelecer contatos com a rede formal e informal do exterior; articular com outros organismos externos, questões de pensões, complementos de dependência, juntas médicas, segurança social, juntas de freguesia, finanças que são basicamente, a grande maioria, cerca de 80% da nossa

capacidade, casos sociais que nós temos que gerir, substituir a família para conseguirmos entender o que é que se está a passar. Basicamente, as experiências são estas. Falar com o utente, estar sempre disponível para qualquer coisa, nem que seja a mais pequenina, temos que lá estar sempre.

2.2. Quais os princípios básicos que norteiam a sua intervenção?

Passam pela disponibilidade; capacidade de ouvir. Não só por mim, mas por toda a equipa. Nós estamos cá por eles...o doente é o centro de tudo. Como os cuidados continuados é um projeto diferente, não é só o doente. É o doente e a família. Estamos cá para trabalhar com eles. É mais fácil trabalhar com o doente, do que com a família porque infelizmente a família ainda não tem muita disponibilidade para estar presente, nomeadamente na Unidade de Média Duração em que o doente vem para reabilitação e que até é importante às vezes a presença da família, nalguns casos...porque noutros casos, só complica. A família não é tão presente (...) Nós pedíamos alguma colaboração, empenho, ajuda nalgumas atividades e eles por vezes, talvez por questões profissionais ou porque a eles também ainda lhes custa gerir toda esta situação, acabam por não se sentir tão presentes como às vezes se desejava. Enquanto que na Unidade de Longa Duração, como a família estava habituada a cuidar deles em casa, continuam a estar muito presentes. Quem tem família, porque aqueles que têm família, acabam por não estar presentes. Os princípios básicos, voltando um bocadinho à questão, é a disponibilidade é a humanização. Tentamos dignificar o doente em todos os cuidados que são prestados. O respeito. Tentamos ao máximo que não haja falta de respeito dos profissionais com o utente e com a sua família. A questão da qualidade e da eficiência! Tentamos ao máximo que estes dois critérios estejam presentes no dia à dia e depois acima de tudo, envolver a família. Informar do que é, do que se passa (...) evolução da situação. Também temos o cuidado das informações que são prestadas porque por vezes preferimos não dar toda a informação, porque ainda está no momento de avaliação, do que depois poder dizer “olhe as coisas estão a correr bem e do momento para o outro (...) preferimos dar as informações fasiadamente.”

2.3. Atualmente, quais os potenciais que encontra nesta Instituição?

Daqui a quatro anos é uma Instituição já com uma grande história e com grande conhecimento na área da terceira idade e que também já o teve em termos de saúde, num Hospital. É uma Instituição que tem conhecimento na área da terceira idade e provas dadas na área dos cuidados continuados, embora venham surgindo os cuidados das pessoas mais novas, higiene e conforto são associados. É uma mais-valia estas Unidades estarem na Instituição. Entretanto, a Instituição também a está inserida numa localidade próxima, num Centro Hospitalar de referência. O Centro Hospitalar Cova da Beira, que é o grande referenciador para as Unidades e com o Hospital Amato Lusitano, estamos a meio caminho. Estamos perto dos Hospitais. Do Hospital da localidade, também temos, mas acabamos por não nos socorrer dele, porque só funcionam como serviço de apoio permanente e não nos dão grande apoio em termos de serviço hospitalar. A Instituição já é uma valência com muitas respostas em termos de apoio à pessoa com dependência. Temos cinco lares, nove Centros de Dia, oito Apoios Domiciliários. Já é uma instituição que, para além da localidade onde se insere, dá cobertura a muitas localidades do concelho e a quem está fora do concelho. Aqui os cuidados de saúde, veem transmitir algo que a própria saúde não era capaz de dar, porque estamos a falar de uma localização do interior nas localidades da zona do pinhal esquecidas, muitas localidades sem centros de apoio, muitas localidades de apoio reduzido, muitas localidades onde os filhos dessas pessoas não estão presentes, porque emigraram, saíram da localidade. Isto veio permitir colmatar essas lacunas. O utente no seu todo acaba por receber o cuidado da fisioterapia, o cuidado de apoio social, de psicologia. Estar num sítio e receber o apoio como se estivesse em casa a receber da melhor forma.

2.4. Quais as oportunidades de melhoria na Instituição ?

Instalações novas: Instalações só para os cuidados continuados e de ajudas técnicas. Equipamentos que nos fazem falta, nomeadamente em termos de fisioterapia, em termos de atividades ocupacionais. Estes equipamentos não são comprados. Acredito que se houvesse outras instalações pudessem gradualmente ser adquiridos. Isto porquê!? Porque as Unidades funcionam num Edifício que foi construído para Lar. Portanto, logo aí há limitações. Primeiro, porque as Unidades têm um espaço próprio, com características que aqui não há, que foi construído para Lar. Há sempre dificuldade de gerir todo o público que está no edifício. É utente de Lar, é utente de cuidados continuados, é utente de Centro de Dia. Por um lado também é bom haver este tipo de convívio intergeracional entre eles, mas por outro lado, isto cria-nos algumas dificuldades de gestão e se houvesse um edifício à parte com profissionais como é o meu caso. Pessoalmente, eu tinha mais disponibilidade para estar lá. Estando aqui, tanto estou no Lar, nos Cuidados Continuados ou em Centro de Dia. Eu digo para mim e digo para toda a equipa. Neste edifício não há ninguém que trabalhe só para Cuidados Continuados. Trabalhamos para um edifício. Cada resposta tem a sua atenção, mas trabalhamos para o edifício. A orgânica dos cuidados continuados. Penso que há muito a melhorar nos cuidados continuados. Na própria legislação, em todos os parceiros que estão envolvidos, acho que ainda há muito a trabalhar nesta área.

O Apoio Domiciliário agregado à RNCCI, poder seguir e acompanhar, quando eles saem, não perder o contato. Nós recebemos os doentes que vêm visitar e vêm com alguma frequência. Aqueles casos que a gente considera de sucesso, que entram aqui acamados e que hoje são autónomos e que estabelecemos grandes laços de amizade e que jamais vamos esquecer. Por um lado, também sabemos que aqueles que não recuperaram a autonomia por virem por eles próprios como estão, vamos conversando esporadicamente, porque até temos colaboradores que trabalham nos hospitais, ou vamos conversando com colegas que estão em equipamentos sociais e outros em que, abrimos o jornal e temos a triste notícia, mas acho que podíamos ter uma taxa de regresso ao domicílio maior, teríamos maior facilidade de poder. Se nós pudéssemos ter alguém no terreno que pudesse ir a casa administrar a saúde provavelmente já seria alguém. Se um doente vai para casa e vai deixar de ter fisioterapia, tudo o que fez até agora, vai perder, portanto atualmente o doente não tem

critérios para continuar a ter fisioterapia no domicílio. Se a gente conseguisse (...) os cuidados que são prestados aqui são continuados aqui dentro!

III – O Doente Crónico na UMDR/ULDM

3.2. Na sua intervenção diária com o doente, quais as principais estratégias utilizadas ?

Por norma, tento falar com todos eles, nem que seja um «Bom Dia», ou quando passar no ginásio, onde está um maior número de utentes. Tento passar por eles, falo, como é que estão, “brinco” com eles. Há sempre aquele feedback. «Um dia está mais preguiçoso»; «hoje não quis trabalhar»; «ontem amuou»; «ontem estava muito bem»; «hoje já não quer fazer»... (...) com esses feedbacks tentamos tentar perceber o porquê das atitudes. Nunca dando a entender que houve queixa, mas sempre tentando motivá-lo. Quando tenho mesmo necessidade e há necessidade de recolha de informações, procuro estar com o utente e com a família no quarto ou numa sala individualmente.

3.3. De um modo geral, quais as principais necessidades do doente?

A necessidade é a de falar. Se eu estivesse um dia inteiro com eles, no dia seguinte ainda tinham histórias para contar. É uma mistura de emoções que eles nos querem transmitir e nós temos que os deixar falar e depois é começar a trabalhar. Reter a informação e depois passá-la para a minha colega psicóloga, para ela conseguir trabalhar também essas emoções, sozinha terei alguma dificuldade em trabalhá-las. Sendo nós uma equipa há este feedback de informações. Às vezes com a animação, também gostam de falar, de ler, de distrair. Quem vem para reabilitação e está numa cadeira de rodas, a grande necessidade é a de saber andar «eu vou conseguir sair daqui a andar». É a grande necessidade! A “D.Ines” vai ter alta brevemente, a senhora ficou hemiplégica do lado esquerdo. E quando foi explicado, que os dias estão a chegar ao fim e que ela não tem potencial para continuar, ela acaba por se emocionar. «Está bem, então eu vou ficar assim»”

Na recuperação a longo prazo, a esta necessidade de uma recuperação, era tão bom garantir, mas nós não podemos. Às vezes, a necessidade que eles sentem de ter contato com as coisas, de sentirem de que não perderam o que ficou para traz. Pedir às famílias um apoio, uma articulação para um dia a casa, para um passeio fora daqui, para uma ida a um café.

3.4. Quais os recursos existentes na Instituição para colmatarem, as principais necessidades do doente?

A Equipa Técnica e a Fisioterapia. No dia á dia o utente tem o apoio das auxiliares em termos de cuidados de higiene e de imagem; o poio médico e de enfermagem; os cuidados de fisioterapia. Aqueles que necessitam de terapia da fala (duas vezes por semana); de nutricionista, em termos de avaliação nutricional e depois são inseridos nas atividades de animação que a instituição tem diariamente. Embora especificamente, a animadora faça com eles um trabalho para reabilitação cognitiva. A animadora nos cuidados continuados, trabalha individualmente a parte cognitiva, porque depois todas as atividades de animação são inseridas no contexto da animação de valência de Lar e de Centro de Dia. Depois disto, tentamos recorrer de outros apoios, da família, de incentivar uma ida ao café, de vez em quando vamos passear, portanto tenta-se trazer pessoas de fora na área da animação. Caras novas!

3.5. Serão desejáveis outros? Se sim, quais?

Ao nível da Legislação: Eu acho que uma necessidade que nós sentimos em termos das Unidades, é muitas vezes a avaliar o que o utente necessita. Se necessita de uma consulta, necessita de um acompanhamento de uma área específica e estamos muito limitados. Por exemplo, situações de demência que nós vemos que a medicação não está ajustada, que precisa ser alterada. Os nossos médicos não são especialistas, são de clinica geral. Quando se quer marcar uma consulta, demora-se meses (...)Era urgente haver uma maior flexibilidade por parte dos Cuidados de Saúde dos Hospitais em colaborar com os

cuidados de saúde prestados nas Unidades, porque isso sim, é importante para a preparação do dia da alta.

IV - Intervenção do Assistente Social com a família do doente crónico.

4.1. Em termos gerais, a família do doente está presente? Com que regularidade realiza o contato com o doente?

As famílias nem todas são iguais, há a família presente, que vem diariamente colaborante, que todos os dias nos questiona, quer saber como a pessoa está, quer seja fisicamente, quer seja por telefone. Portanto, temos essas famílias e ainda bem que as temos. Temos famílias que se nós não as procurarmos, só nos aparecem passado uma semana e vêm numa tentativa de (...) não é saber o que se tem passado, é o que é que vai ser (...) «Pensava que ainda pudesse ficar mais» não têm essa preocupação. Aquilo que nós tentamos fazer é eleger de entre a equipa um gestor de caso. Há aquela pessoa que mais informações sabe. Tentamos dar um feedback à família e vamos alertando. Aquelas famílias que são ausentes, por norma, sou eu que ligo, marco as entrevistas, muitas vezes tenho de abdicar do meu tempo para falar com as famílias, no tempo pós-laboral, por vezes aos fins de semana para poder trabalhar com essas famílias. O contato telefónico: Quem trabalha aqui, temos de estar disponíveis, e nós temos de dar essa disponibilidade. Eu para conseguir preparar a alta do doente, tenho que falar com a família, se não consigo preparar a alta do doente, eu tenho que (...) se não vejo interesse de parte deles, eu tenho que defender o doente e defender o meu trabalho. Então eu tenho que ser eu a ir ter com eles e conseguir estabelecer contato. Já houve situações em que teve que ser por intermedio de carta registada. Já tivemos situações em que infelizmente tivemos que envolver Segurança Social e Ministério Público. Não vamos colocar o utente na rua, mas foram situações desagradáveis que depois(...) depois o utente ficou na Instituição até se encontrar uma solução (...) e depois houve outra situação, que como se costuma dizer, nosso senhor acabou por resolvê-la.

4.2. Quais as principais estratégias que utiliza na relação que estabelece com a família do doente?

Tal como já referi, privilegio o contato direto, mostrar-me disponível desde o primeiro momento. Ir mantendo o contato pessoal ou via telefone à cerca do doente ou dúvidas e questões que surjam à família. No caso das famílias mais fragilizadas emocionalmente, o diálogo, uma comunicação aberta em conjunto com a minha colega psicóloga ameniza o sofrimento e o encontro de soluções. Temos muitas famílias presentes, que fazem questão de vir dizer um «olá» sempre que visitam os nossos doentes, o que para nós é gratificante, sentirmo-nos em contato, presentes nas famílias. Sentimo-nos confiantes e motivados e as famílias têm mais confiança o que alivia a sua consciência.

4.3. Na sua análise, enquanto Assistente Social, quais as principais necessidades ou preocupações sentidas pela da família do doente?

Necessidades e preocupações estão um bocadinho associadas. A preocupação de um doente que vem para reabilitação para a Unidade de Média Duração é a reabilitação. A grande preocupação deles é a fisioterapia. Para eles reabilitar é a fisioterapia. A outra preocupação é associada às dependências. «Está dependente, como é que agora vai ser o regresso a casa? A casa não está preparada para tal (...) como é que vai ser?» A família fica muito assustada. A ajuda começa a realizar-se nas adaptações que se podem fazer em casa, nas ajudas técnicas. «Uma senhora com sonda? Como é que vai ser?» Não podem levar a senhora para casa, com sonda, mas que é-lhe explicado que há pessoas em casa que são a própria família a dar a saúde, nos lares que têm a enfermagem, são as auxiliares que dão. (...) A internet é uma mais valia na informação, nós na Unidade já temos alguns panfletos, do que nós também sentimos, «Como tratar de um doente acamado?» «Como tratar de um doente com alzheimer?» Portanto já temos alguma preocupação em informar a família. «Como tratar, como fazer?» E depois dar a conhecer, dado o leque de respostas e de dúvidas que, apesar de nós, no interior, as grandes necessidades já têm uma grande resposta. As freguesias anexas também. Aquelas que estão mais distantes, existem grandes lacunas e aí é uma grande preocupação para nós.

4.4. Na sua intervenção, entende que a sua relação com a família do doente, poderá ser terapêutica para este? Porquê?

Eu conheço o doente quando ele entra porta dentro, porque até lá eu não conheço o doente, não conheço a família que vem por traz. É tudo uma etapa de conhecimento, de descoberta. Há utentes que criam mais empatia com a Assistente Social. Há utentes que criam mais empatia com a psicóloga, com a fisioterapeuta. Eu não posso, nem ponho em causa o meu trabalho. Acho que aqui tem a ver com a necessidade e com o trabalho entre a equipa. Se há alguém que está emocionalmente fragilizado, é normal que essa pessoa tenha mais referência da parte da minha colega (psicóloga). Por sua vez, é alguém que necessita de apoio social, que tenha necessidade de articular com a comunidade, tratar do assunto da vida pessoal, atos de cidadania, eles criam uma ligação mais próxima comigo. Acho que é uma terapêutica. A única diferença que eu vejo, é esta, o trabalhar em equipa e discutir o assunto diariamente. Tentar reunir em equipa multidisciplinar em situações pontuais (todas as semanas) A mais-valia que estas Unidades têm é o bom relacionamento que temos com a ECL, porque a equipa que nos coordena localmente, também conseguimos articular com os técnicos da ECL e acabamos por validar e nos sentir mais seguros das decisões que tomamos. Somos mais duas técnicas que acabam por estar envolvidas neste processo. O modo de funcionamento dos cuidados, só por si é uma terapêutica e assim hoje se vê, que os cuidados por um lado é muito bom, mas por outro lado não se consegue ver que os cuidados são para toda a gente.

Se vier para Cuidados Continuados é bom e muitas das famílias já nem pensam em Lar e Centro de Dia, porque Cuidados Continuados é visto como «um medicamento» a família chega à instituição e pede mais por esta tipologia de cuidados, mas não é assim. Os cuidados têm que ser referenciados pelo médico de família ou pelo Hospital. Os Cuidados Continuados é um «novo medicamento» que está associado à terapêutica que agora está disponível e traz custos associados, que acha que os custos ficam aquém daquilo que a Instituição gasta para com os utentes. Em termos de Unidade de Média Duração, tenho a opinião pessoal de que o utente que entrou para o hospital (situações de AVC), era autónomo até ao AVC, o hospital tem serviço de fisioterapia, mas que o doente não está a beneficiar desse serviço, por incapacidade do mesmo. Se ele ficasse no hospital ele não pagava esse serviço. Agora ao nível de Longa Duração em que na maioria, é para descanso de cuidador,

penso que é um serviço que a família deve suportar. O valor pago, é um valor que fica aquém das despesas que a Instituição tem para com este tipo de doentes. Gosto da área dos Cuidados Continuados, tenho pena de não ter mais disponibilidade.

APÊNDICE 9 – DIÁRIO DE CAMPO

27de Fevereiro de 2012

Deu entrada na Instituição o Sr. "Jaime". Veio duma Unidade de Convalescença. Vinha numa cadeira de rodas. Apresentava-se bem-disposto. Acompanhei a Assistente Social até ao Gabinete de Enfermagem, onde foi entregue a medicação e apresentada a respetiva documentação do doente. O doente ficou num Quarto Duplo na UMDR.

Neste dia, também deu entrada na Instituição, o Sr. "Filipe", um doente afásico. Veio duma Unidade de Convalescença, apresentando-se numa maca, foi para o mesmo Quarto do "Sr. Jaime".

Realização de entrevistas, em contexto de visita à filha de "Mário" e ao filho de "Maria" UMDR.

Caraterização do perfil social do doente "Mário" e de "Maria".

"Mário"

O Sr. "Mário" tem 84 anos de idade e é viúvo, admitido dia 16 de Março de 2012 na UMDR com o Diagnóstico de degeneração cerebral e bronquite crónica, com antecedentes pessoais de HTA, dislipidemias, litíase vesicular, DM tipo2. É um doente calmo, consciente e aparentemente orientado e dependente em grau reduzido nas AVD's. Alimenta-se por mão própria de dieta geral diabética, necessitando de ajuda parcial nos cuidados de higiene/conforto, transferências e deslocação à wc, deambula com o auxílio de bengala. O Sr. "Mário" é viúvo da sua esposa que faleceu há menos de um ano que frequentava o Centro de Dia do Fundão até ser hospitalizada de forma urgente no mês de Fevereiro de 2012. Tem suporte familiar, nomeadamente três filhas e um filho. Duas filhas residem no Fundão e a outra em Castelo Branco. O filho é o mais ausente, as duas filhas visitam diariamente o Sr. "Mário". Apresenta alguma necessidade de reabilitação para manutenção das faculdades que ainda possui e descanso do cuidador. Por constrangimentos profissionais e habitacionais os filhos não conseguem assegurar o apoio noturno e vigilância na satisfação das AVD's que o Sr. "Mário" necessita após a alta. Vai ser admitido em Lar. Revela os seguintes resultados: Escala de Braden-21 pontos; Escala de Morse-25 pontos, Índice de Katz – B7, Índice de

Barthel: 13 e Índice de Tinetti: 12 e Índice de Barthel: 18/20 índice de Tinetti:17/28 pontos no momento da alta.

Principais necessidades: vigilância, apoio nas AVD's, atividades de estimulação cognitiva, reabilitação motora.

“Maria”

A Sr.^a “Maria” vive com o conjugue de 67 anos de idade, que apesar de autónomo, refere ter vários problemas de saúde. O casal tem um filho casado e reside no Fundão. Antes de dar entrada na Instituição, a doente era autónoma na realização das atividades de vida diária, tendo o apoio ocasional de uma pessoa particular na execução de tarefas domésticas. A doente tem uma fratura no colo do fémur, tem diabetes mellitus e hipertensão essencial. Já fez transferência diária para cadeira de rodas. É portadora de algália sonda vesical de longa duração. Tem uma dieta diabética e hipossalina. Necessita de apoio nas AVD's e reabilitação motora. É uma doente calma consciente e colaborante. Reside com o conjugue em habitação própria de r/c e 1º andar. Na sua habitação existem algumas barreiras arquitetónicas, nomeadamente, escadas no acesso à habitação. No interior da mesma, foram realizadas algumas obras de adaptação que proporcionaram maior acessibilidade à mobilidade da doente. Perante a atual situação clínica, os familiares consideram não estar reunidas as condições necessárias para assegurar os cuidados de que a doente necessita no domicílio. Contudo, mostram-se colaboradores na procura de uma resposta adequada à situação de dependência da doente, em resultado da indisponibilidade daqueles. Por orientação da equipa clínica, a viabilidade de inclusão da doente numa UCCI, permitirá a reabilitação das suas capacidades funcionais. O cuidador principal da Sr.^a “Maria” é o filho, que visita diariamente a utente. A doente apresenta um I. Lawton-8; Escala de Gijon -6; Escala de Morse -15 (baixo risco).

Principais necessidades: reabilitação motora, ajuda total nas AVD's, manutenção de cuidados diários.

29 de Fevereiro de 2012

Reunião com a Equipa Multidisciplinar da Instituição (Assistente Social, Fisioterapeuta e Enfermeiro), sem intervenção por parte do Investigador. O principal assunto, é a preparação da alta de três doentes: “Alda” da ULDM – Discussão da alta da utente, o prazo estipulado de internamento desta doente está a terminar (cerca de 15 dias). Esta doente estava na Instituição principalmente para realizar fisioterapia. «os ganhos são limitados. Em termos cognitivos, está sonolenta ou muita agitada o que afeta muito a prestação dela A nível de reabilitação a utente não tem evolução. Verifica-se um quadro de desorientação, sendo que o estado cognitivo da doente não permite continuidade no programa» O objetivo do descanso do cuidador foi alcançado e prevê-se aquando do regresso ao domicílio, o doente possa estar mais estável ao nível psicomotor. «Ela chama muito pelo marido». A Assistente Social referiu que ía averiguar a situação junto da família. «O esposo não está a digerir muito bem o estado da doente.» Nesta reunião foram discutidos os dias de permanência da doente na Unidade, sendo que pedem mais 45 dias de permanência da doente e combinar/assertar com a família a hipótese de transferência para a ULDM, mas segundo os técnicos não se justifica. «Seis meses é o suficiente». São discutidas/analizadas situações relativas a outros doentes: “Lurdes” da UMDR, discutem as ajudas técnicas que a doente necessita para recuperar; “Maria” da UMDR, salientam que esta doente se queixa de dormência nas mãos, tendo tensão muscular; “Joaquina” – «Aguenta os 90 dias». Não tem movimentos ativos mas tem equilíbrios ativos. Consegue controlar os esfínteres e come sozinha. Tem agora um maior controlo na agitação; “Conceição” – «Tem mais dificuldade na aquisição de pé»; “Paula” – «Ela quer andar, mas requer vigilância. Ela está normalizada»; “Jaime” «trata-se de uma Situação Social. É Divorciado. Ele desenrasca-se sozinho. É muito fechado. Não tem grandes ligações com os filhos.» Aguarda a aplicação de uma prótese para voltar ao domicílio. Mas o processo ainda está lento. «Ele insiste muito nas canadianas. A Habitação tem escadas. A sua reforma é de 600 euros. Os exercícios para ele são fáceis»; “Filipe”, a família veio no final do dia, quando deu entrada o doente. Não tem potencial de reabilitação. Não tem movimentos ativos nos membros. Já tem espasticidade. Na Terapia da Fala «Ele tenta falar, teve cá um filho e a esposa» «Eles tinham alguma expectativa?» «Ele esteve na cirurgia por causa de um problema hepático»; “Palmira”, já se consegue apoiar na barra sozinha. É afásica mas compreende. «Ela contorcia-se toda» «Tem dias que chora e ri» – parte emocional. A doente é medicada para a parte neurológica. «A sua família é complicada.» A doente tem potencial.

Realização de entrevista à filha de “Licínio”.

Caraterização do perfil social do doente “Licínio”.

“Licínio”

O Sr. “*Licínio*” tem 92 anos, foi admitido na UMDR a 25 de Fevereiro de 2012 com um diagnóstico de AVC isquémico com hemiplegia total à direita, apresentando disartria, plégia do membro superior direito e paresia no membro inferior direito a afasia total. Tem antecedentes pessoais de HTA, é invisual por glaucoma e HBP e teve gripe A. O objetivo do internamento é a Reabilitação, pois o utente é dependente em grau elevado nas AVD’s. Requer ajuda total nos cuidados de higiene/conforto, posicionamentos e transferências. Alimenta-se por via oral de dieta passada e é incontinente de esfíncteres: evacua e urina em abundante quantidade na fralda. O doente reside com a filha, desde o falecimento da conjugue. Atualmente, frequentava a valência do Centro de Dia da mesma Instituição. A filha está divorciada à cerca de 20 anos e encontra-se já reformada, estando atualmente a realizar tratamentos de quimioterapia após diagnóstico de linfoma e aguarda transplante. A Sr^a. “*Rosalina*” tem dois filhos, em que um é guarda prisional e o outro é funcionário da CP. A relação entre o doente e os netos é de grande afetividade, dado que o mesmo assumiu, após o divórcio da filha, um papel relevante no apoio e crescimento dos mesmos. A filha considera não reunir as condições necessárias de imediato, para assegurar os cuidados de que o seu pai venha a necessitar no domicílio. O doente foi admitido na ULDM da mesma Instituição para a manutenção de cuidados e vai ter alta para Equipamento Social-Lar. O doente apresenta um I.Lawton-0, Escala de Gijon-9

Principais necessidades: ajuda total nas AVD’s, manutenção de cuidados diários e dieta passada.

5 de Março de 2012

Continuação de verificação dos diagnósticos clínicos, sociais, psicológicos dos doentes da UCCI na Plataforma da RNCCI. Visita aos doentes na hora do lanche.

Realização de entrevistas à nora de “Palmira”, ao filho de “Belmira”.

Caraterização do perfil social das doentes “Palmira” e “Belmira”.

“Palmira”

A Sr^a “Palmira” com 87 anos de idade, foi admitida em UMDR a 23 de Janeiro de 2012 , com o diagnóstico de AVC Isquémico com hemiplegia à direita e afasia total, utilizando SNG permanente. Tem antecedentes pessoais de asma, insuficiência cardíaca, tendo realizado colecistectomia em 2010 e é portadora de pacemaker. Veio para a UMDR com o objetivo de reabilitação. É uma doente calma, consciente e aparentemente orientada. Apesar de estar afásica, tenta verbalizar. A doente encontra-se com um elevado grau na satisfação das suas AVD’s, necessitando de ajuda total nos posicionamentos, efetua marcha por pequenos percursos com auxílio de bengala e de terceiros, é incontinente de ambos os esfíncteres urinando e evacuando na fralda. Realiza fisioterapia diária e está a ser acompanhada pela Terapeuta da Fala, a fim de manter um plano de reabilitação no sentido de melhorar a perceção do discurso, assim como o treino alimentar a fim de ser retirada a sonda, tem ainda postura apática reflexo do quadro sintomatológico depressivo, sendo pouco colaborante durante o internamento. Salienta-se a importância em proporcionar a esta doente atividades que envolvam a possibilidade de contactar com outros espaços físicos e pessoas da sua família bem como amigos significativos, evitando desta forma o seu isolamento, contribuindo também para uma melhor integração a nível familiar e social. Antes do AVC, a Sr^a. “Palmira” era autónoma em todas as AVD’s e residia com o marido, com idade semelhante e com problemas demenciais. A Doente tem um bom suporte familiar, seis filhos mas dois residem no Estrangeiro. Os restantes apesar de serem colaboradores ao longo do internamento referiram constrangimentos quer a nível profissional quer de saúde para assegurar os cuidados que a doente necessita após a alta da Unidade. A doente tem vaga para Lar, próximo da localidade de residência, mas como a doente manifesta vontade em regressar ao domicílio, a filha a título experimental vai assegurar o regresso ao domicílio com cuidados de cuidadora informal à qual foram efetuados ensinamentos sobre a administração de alimentação por SNG. A doente apresenta resultados ao nível da Escala de Braden-13, I.de Katz:G-1, Escala de Morse-50, I. de Lawton-0, Escala de Gijon-9.

Principais necessidades: Ajuda total nas AVD's, terapia da fala, reabilitação motora, alimentação: dieta adequada e comida passada.

“Belmira”

A Sr^a “Belmira” com 76 anos, residia com o marido de 69 anos. A doente deu entrada na ULDM a 9 de Setembro de 2011. O casal tem um filho que reside na mesma localidade da doente e uma filha residente em Montijo. Antes do internamento a doente encontrava-se autónoma nas diferentes AVD's, agora está totalmente dependente. Tem fraturas nas costas e nas pernas, sendo operada três vezes e faz hemodiálise três vezes por semana (Terças, Quintas e Sábados). Esteve cerca de três meses na UMDR. A Sr^a “Belmira” foi transferida para a ULDM, no dia 09-09-2011 proveniente do Serviço de Nefrologia do hospital Amato Lusitano. O seu principal diagnóstico é uma Pneumonia. Tem uma neoplasia maligna dos tecidos linfóides ou histiocitários (linfoma de Hodgkin), tem Hemiplegia e Hemiparesia, resultante de um AVC. Tem ainda osteomielite, periostite e infeções NEOP que atingem os ossos, DM, antecedente de IRC (em programa HD), cardiopatia isquémica e processo demencial em evolução. Foi internada no serviço de nefrologia com o diagnóstico de sépsis. O objetivo de internamento na ULDM passa pela prevenção da síndrome de imobilidade, gestão de regime terapêutico e tratamento de feridas. Necessita de ajuda total na realização das suas AVD's, ingere dieta passada para hemodialisados por via oral com ajuda total. Elimina na fralda, não mantém postura sentada, estando acamada, prostrada e não colaborante. As principais necessidades identificadas de cuidados médicos, passam pela gestão de regime terapêutico; vigilância/controlo de sintomas e parâmetros vitais; realização de pensos/retira de pontos, estimulação sensório-motora. Quanto à sua situação habitacional, a doente residia num segundo andar, numa casa arrendada inserida em meio urbano, com boas condições de habitabilidade, contudo o suporte familiar não reúne critérios para assegurar os cuidados no domicílio, tendo havido sensibilização junto do marido para a inscrição em Lares que o mesmo aceitou bem. Apresenta um Índice de Lawton-0, Escala de Gijon-11.

Principais necessidades: Ajuda total nas AVD's, vigilância e controlo de sintomas, estimulação motora e cuidados diários.

7 de Março de 2012

Diálogo com alguns doentes da UCCI em contexto do ginásio de fisioterapia.

Realização de entrevistas aos cuidadores principais de dois doentes: Mãe de “Alberto” e irmã de “Olga”.

Caraterização do perfil social dos doentes “Alberto” e “Olga”.

“Alberto”

O Sr. “Alberto” de 47 anos de idade, foi admitido na ULDM a 11 de Junho de 2010 com o diagnóstico de AVC Hemorrágico por rutura de aneurisma ficando com uma hemiplegia e hemiparesia à esquerda. O doente aguarda cirurgia para colocação de prótese, devido à impossibilidade de regressar ao domicílio. Solicita-se a transferência para a ULDM. Não houve alterações desde a sua entrada na RNCCI. Após visita domiciliária verifica-se que a habitação da mãe não reúne as condições de receber o doente após a alta. A habitação é de construção antiga com divisões pequenas que impossibilitam a circulação de cadeira de rodas e existência de degraus no acesso de wc de dimensões reduzidas, tem escadaria no exterior de inclinação acentuada, com cerca de 20 degraus. Da situação sócio-familiar do doente continua fragilizada, pois o suporte familiar existente não consegue assegurar os cuidados necessários no momento da alta. O doente continua dependente da terceira pessoa para a realização dos cuidados de higiene e bem estar, e deambula em cadeira de rodas de forma autónoma. Como suporte familiar identifica-se, a mãe de idade avançada incapaz de assegurar os cuidados exigidos. Tem visitas regulares de uma irmã residente em França, que quando se desloca a Portugal proporciona uma ida à casa do doente. Necessita de ajuda total nas transferências e levante. Faz levante diário para cadeirão/cadeira de rodas. Apresenta um I. de Lawton – 6; Escala de Gignon -13; Escala de Braden – 19 (baixo risco) e Escala de Morse – 50 (médio risco).

Principais necessidades: Ajuda na realização dos cuidados de higiene e bem estar.

“Olga”

A Sr^a “Olga” de 82 anos de idade e solteira, foi admitida em ULDM no dia 19 de Outubro de 2011 com o Diagnóstico de AVC isquémico acompanhada de afasia e hemiplegia à esquerda e reativa a estímulos externos com antecedentes pessoais de pielonefrite aguda e HTA. Já tinha estado na UCCI do Orvalho por aproximação à família, tendo como objetivo de internamento a manutenção de dispositivos por SNG. Antes do internamento na UCCI, a doente residia com o marido, também internado na mesma UCCI e dependente em grau moderado na realização das AVD’s. Como suporte familiar apenas se identificou uma irmã da doente, também ela idosa e que a apoia dentro das suas possibilidades. A doente apresenta-se consciente, calma, desorientada, contudo parece perceber o que se lhe diz e cumpre algumas ordens simples. Faz alimentação e hidratação por SNG. Apresenta-se mais calma. Começou a apresentar tensão arterial elevada, pelo que se ajustou a terapêutica. As principais necessidades identificadas, são ao nível das AVD’s, requerendo ajuda total na sua realização; prevenção do síndrome de imobilidade e de escaras; gestão do regime terapêutico e alimentar; manutenção de dispositivos; vigilância e controlo dos sinais vitais; usufrui de uma dieta hipossalina e hipolipídica. Desloca-se de cadeira de rodas pela Unidade de forma autónoma. Tem próteses para os membros inferiores, tendo iniciado treino de adaptação às mesmas, pelo que se sugere a permanência da utente na Unidade para otimização do processo de reabilitação e adaptação às próteses. Realiza fisioterapia diária. Apresenta um I.Lawton-0 e Escala de Gijon-11. Tendo em conta a disfuncionalidade que envolve a doente e o seu marido, o projeto de vida será o acolhimento em Lar da SCM de uma localidade próxima de forma a serem garantidos os cuidados indispensáveis ao bem-estar e à dignidade humana.

Principais necessidades: manutenção de dispositivos (SNG), ajuda total nas AVD’s, prevenção do síndrome da imobilidade e das escaras, vigilância, alimentação: dieta adequada e comida passada, recuperação motora

8 de Março de 2012

Diálogo com doentes da UCCI no ginásio de fisioterapia e respetivas fisioterapeutas.

Esclarecimentos de questões ao nível da mobilidade, recuperação de alguns doentes.

24 de Março de 2012

Em contexto de observação não participante, foi presenciado um atendimento por parte da Assistente Social com familiares de uma doente “Alda”, nomeadamente com a filha e esposo da doente. Realizou-se deste modo, a Entrevista à filha de “Alda” e também uma conversa com o “Manuel”, esposo da doente. Este está afetado psicologicamente por ter forte ligação à esposa, não aceitando a sua recaída. Está deprimido e por vezes tem crises de choro. Foi encaminhado para acompanhamento psicológico da UCCI.

*Consulta dos processos clínicos dos doentes no Gabinete de Enfermagem
Esclarecimento de dúvidas junto dos Enfermeiros.*

Caraterização do perfil social da doente “Alda”

“Alda”

A Sr^a “Alda” tem 83 anos de idade, é casada e tem uma filha, sua principal cuidadora. Foi admitida em ULDM no dia 15 de Novembro de 2011 com o diagnóstico de fratura do colo do fémur, artroses nos joelhos (antecedentes de próteses nos joelhos, diabética e com dificuldades de locomoção). Perdeu autonomia desde a fratura do colo do fémur, alterando a sua mobilidade. É totalmente dependente na realização das atividades de vida diárias, está algaliada e tem dificuldade na ingestão de líquidos. Apresenta confusão mental e está a ser seguida pelo serviço de psiquiatria de um Hospital próximo da sua área de residência. A doente residia com a filha, num apartamento situado num prédio com elevador, constituído por divisões amplas que possibilitam a utilização de uma cadeira de rodas. Não se verificam barreiras arquitetónicas no acesso à habitação. A filha que assegura diariamente a prestação de cuidados de que necessita, está sempre presente no apoio à doente, contudo, acusa já um desgaste físico e psicológico pela situação. O conjugue também colabora na prestação de cuidados à doente, demonstrando uma forte ligação à esposa, ficando muito emotivo pela Sr^a “Alda”. O casal tem mais um filho, residente no Estrangeiro. Face ao

atual quadro de dependência em AVD's da doente, esta encontra-se na UCCI principalmente, para descanso do cuidador. A doente apresenta-se consciente, confusa, pouco colaborante e alterna períodos de agitação psicomotora com períodos de sonolência e prostração. Esta agitação psicomotora condicionou o trabalho/recuperação da doente. É uma doente psicologicamente muito afetada. Segundo a indicação de familiares a Sr^a “Alda” deambulava com o auxílio de duas canadianas, no entanto, devido à agitação ainda não foi treinado o ganho de posição de pé e a deambulação em barras paralelas. Foram estabelecidos os seguintes objetivos: manutenção da condição motora da utente; estimulação sensório-motora; estimulação da aquisição da posição ortostática. Apresenta um I. Lawton-1, Escala de Gijon-7, já no internamento, um I. de Lawton – 1 e Escala de Gijon -13.

Principais necessidades: Ajuda total nas AVD's, acompanhamento psiquiátrico e reabilitação motora, acompanhamento psicológico para o marido da doente, pois está muito afetado devido à recaída da doente.

12 de Abril de 2012

Conversa com “Alice”, uma doente da ULDM.

“Alice” é uma doente simpática, colaborante. Existe dificuldade na família de afeto na prestação dos cuidados necessários. “Alice” é uma doente dependente de cuidados permanentes da terceira pessoa. A doente encontrava-se numa Unidade da RNCCI, sem resposta social para a sua situação. Atualmente tem 40 anos é solteira, e não tem familiares diretos. Residia com um padrinho e madrinha, casados e com dois filhos. “Alice” encontra-se consciente, orientada e colaborante. Apresenta plégia no membro inferior direito e paresia do membro superior direito e do membro inferior esquerdo. Desloca-se de forma independente em cadeira de rodas. Possui uma cadeira de rodas elétrica que tem a funcionalidade de standing frame⁴ na qual tem sido treinado o ortostatismo. Efetua tratamento de quimioterapia de 15 em 15 dias.

Conversa com a filha do doente “Licínio”. Este doente, não fala nem vê

⁴ A tecnologia standing frame é uma tecnologia assistente ou de apoio, utilizada para a mobilização do doente, proporcionando uma alternativa posicional a quem está sentado numa cadeira de rodas, apoiando a pessoa numa posição ereta. São também utilizados com benefícios médicos e/ou terapêuticos, aumentam a independência, mobilidade e auto-estima do doente.

Fonte: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAANuoAC/standing-frame>

(glaucoma) e tem problemas de coração e teve ainda um AVC que lhe afetou a fala, braço e perna direita. A filha do doente é divorciada e tem dois filhos. Esta tem um cancro nos ossos e no sangue e uma depressão, aguarda consulta de psiquiatria. Referiu que o seu pai era empregado na CP. A esposa já faleceu há muitos anos. É a filha única do doente, sendo a sua pessoa mais próxima. O doente tem visitas constantes dos netos.

Em contexto episódico, verificou-se que uma doente da ULDM, “Felisberta”, estava descompensada. A doente tem dificuldades visuais severas, mas com a demência, tem episódios de descompensação e perde a noção espaço-temporal, utiliza vocabulário impróprio: asneiras; chama constantemente por nomes como “Gabriela” “Fernanda” às funcionárias da Instituição e inventa histórias desconexas. Quando está medicada, a doente conversa e permanece sossegada, mas perde-se no discurso. Tem muita empatia por um doente da Instituição o “Sr.Jaime”.

Caraterização do perfil social da doente “Felisberta”.

“Felisberta”

A Sr^a “Felsiberta” tem 90 anos e é solteira. Não tem familiares diretos e era independente nas AVD’s até à data do internamento. Antes do internamento, após sinalização dum vizinho, a utente usufruía de apoio domiciliário do Centro Social Paroquial há cerca de uma semana. Na sequência do apoio foram detetadas as queimaduras que originaram o internamento. Encontra-se lúcida, consciente e orientada, embora esporadicamente manifeste períodos de desorientação e descompensação. Ao nível habitacional, a doente chegou a residir em casa de uma sobrinha em Estremoz, a única cuidadora há vários anos. A casa oferece as condições de habitabilidade segundo as informações recolhidas na admissão. O motivo de internamento é o descanso do cuidador, que a cuidadora irá aproveitar para realizar exames de rotina em Unidades de Saúde de Lisboa e Portimão. A sobrinha solicitou a autorização para gozar os 90 dias de internamento pela razão atrás referenciada. No último internamento da doente na UCCI foi proposto a Institucionalização da idosa em virtude da cuidadora ser doente mas a sobrinha continua a manifestar vontade em cuidar da tia. Sem informação do desempenho da doente relativamente às escalas de avaliação.

Principais necessidades: tratamento das feridas: colocação de pensos nas feridas dos membros inferiores, três vezes por semana, vigilância e regime terapêutico para

fortalecimento muscular e melhoria de equilíbrio e da mobilidade, ajuda parcial nos cuidados de higiene e conforto, posicionamentos e transferências. Alimentação: dieta geral e sem sal. A situação da Sr^a. “*Felisberta*”, agrava-se de dia para dia, pois está a perder a visão e diminuição da força muscular.

16 de Abril de 2012

Entrevista à Assistente Social (Diretora técnica da Instituição), relativamente às suas funções, competências, funcionamento da UCCI.

Acompanhamento dos doentes ao Ginásio para a realização de Fisioterapia.

Realização de entrevistas à sobrinha de “Antónia”.

Caraterização do perfil social da doente “Antónia”

“Antónia”

A Sr^a “*Antónia*” tem 89 anos de idade, solteira, foi admitida na ULDM, no dia 2 de Março de 2012 , acompanhada por sobrinha e bombeiros, com o objetivo terapêutico de descanso do cuidador. A doente tem antecedentes pessoais de DPOC, IC e demência senil. A doente residia com a sobrinha, “*Alice*” de 76 anos de idade, viúva e sem filhos e sua única cuidadora há vários anos. “*Alice*” é uma pessoa doente e nos últimos tempos o seu estado de saúde agravou-se, tendo havido a necessidade de prorrogar a continuidade da doente nos Cuidados Continuados. O motivo de internamento é o Descanso do Cuidador, que a cuidadora irá aproveitar para realizar exames de rotina em Unidades de Saúde de Lisboa e Portimão. A sobrinha solicitou a autorização para gozar os 90 dias de internamento pela razão atrás referenciada. No último internamento da doente na UCCI foi proposto a sua Institucionalização em virtude da cuidadora ser doente mas a sobrinha pretende continuar a cuidar da tia. Existem mais sobrinhos mas por questões profissionais e de residência fora do distrito não mostram disponibilidade em colaborar na prestação de cuidados à doente. Ao nível funcional a doente está consciente, calma, com disartria acentuada e discurso não perceptível, encontra-se dependente em grau elevado nas AVD’s, necessita de ajuda total na

alimentação (alimentada de dieta passada), nos cuidados de higiene e conforto; posicionamentos e transferências (para cadeira de rodas/cadeirão) e eliminação (urina e evacua na fralda). Os objetivos de intervenção passam pela normalização do tônus muscular e maximizar a funcionalidade e a participação nos posicionamentos e transferências. Ao nível económico a doente é pensionista do Centro Nacional de Pensões e já recebe complemento de dependência. À entrada, a doente apresentava um I. de Katz: G-1; Escala de Morse-30 e Escala de Braden-15, I. de Lawton-0, Escala de Gijon-10. Vai ter alta para Lar, próximo da sua residência, tendo em conta que o período de 90 dias foi ultrapassado e não estando reunidas as condições para a doente regressar ao domicílio e após articulação com a cuidadora a solução foi o encaminhamento para esta valência de modo a garantir a continuidade de cuidados e o bem-estar da doente.

Principais necessidades: Ajuda total nas AVD's, Alimentação: dieta adequada e comida passada, treino das transferências de cadeira de rodas, manutenção de cuidados diários.

20 de Abril de 2012

Consulta de alguns processos dos doentes na plataforma da RNCCI.

Realização de entrevistas ao filho de “Flávio” e à neta de “Vitor”.

Caraterização do perfil social dos doentes “Flávio” e “Vitor”.

“Flávio”

O Sr. “Flávio” tem 84 anos e é casado. Deu entrada na ULDM a 26 de Julho de 2011. Foi internado no Serviço de Ortopedia por fratura da diáfise do úmero direito. Tem septicemia e antecedentes de insuficiência renal crónica e de alcoolismo. Antes de vir para a ULDM, o doente residia só pois a sua esposa encontra-se numa ULDM da UCCI do Orvalho, há cerca de dois meses, devido a um AVC. Tem uma filha do primeiro casamento, casada, residente na zona de Lisboa, mas que segundo a cunhada do doente, não tem contato com o pai há muitos anos. A cunhada é que tem prestado algum apoio. Esta é solteira e reside no r/c

da moradia onde residia o doente e refere não poder cuidar do doente. Antes do internamento, o doente recebia apoio domiciliário do Centro de Dia local, apresentando hábitos alcoólicos. O doente encontra-se consciente, calmo, colaborante para ordens simples e com períodos de desorientação/confusão. Está mais comunicativo, mesmo quando não solicitado. Encontra-se parcialmente dependente nas diferentes AVD's, realizando levante diário e necessita de orientação e ajuda na marcha. Apresenta diminuição de força muscular nos membros inferiores. Ingere uma dieta hipoproteica mole sem sal e com ajuda. O doente está consciente, com períodos de desorientação no tempo e no espaço e confusão mental, acompanhados de agitação e agressividade, principalmente nos períodos noturnos, agora mais reduzidos. Deambula de forma autónoma, com diminuição ligeira dos períodos de desequilíbrio pelo que é supervisionado. Transfere-se e posiciona-se de forma autónoma nas cadeiras e no leito. Realiza fisioterapia diariamente. Apresenta um I. de Katz -D8, um I. de Norton-14, MMS-16, Dor-3. Foi contactado o Centro de Dia local para que o doente fosse supervisionado e orientado, quer a nível da alimentação, medicação e higiene pessoal, bem como o controlo dos hábitos alcoólicos. Vai regressar ao domicílio.

Principais necessidades: ajuda parcial nas AVD's, orientação e ajuda na marcha, alimentação: dieta adequada, realiza fisioterapia e controlo de hábitos alcoólicos.

“Vitor”

O Sr. “Vitor” com 80 anos de idade, esteve sempre na França e trabalhou numa fábrica da cerveja. Foi admitido na ULDM a 28 de Maio de 2012, proveniente de domicílio e com diagnóstico de insuficiência cardíaca. O objetivo de internamento, foi o descanso do cuidador, nomeadamente da sua esposa que no início apresentava indício de desgaste físico e psíquico, ficando a neta sua principal responsável .

Tem um suporte familiar colaborante. A esposa do doente, tem 77 anos e atualmente vive sozinha. O casal tem um filho a residir em França e um já faleceu. A neta está a residir na localidade. O doente tem a doença de Parkinson e tuberculose, tem as pernas inchadas e já esteve algaliado. Desloca-se de andador e alimenta-se sozinho. Ao nível cognitivo apresenta alguns períodos de desorientação. Dependendo da evolução vai da Unidade para o Domicílio. Relativamente à sua situação habitacional, o doente reside numa vivenda r/c com boas condições de habitabilidade. Ao longo do internamento o Sr. “Vitor”

esteve calmo, consciente, pouco colaborante nos cuidados propostos e reservado quando abordado. Necessita de ajuda parcial nos cuidados de higiene/conforto, deambula com o auxílio de andarilho. O doente está a ser acompanhado pela Psicóloga, que refere que o doente tem assumido uma posição muito desinteressada e passiva, isolando-se no quarto, não manifestando muita receptividade ao contacto, referindo ainda que apresenta atividade delirante durante a noite. O objetivo de Internamento também passa pelo doente ganhar mais autonomia, mas este não conseguiu adaptar-se ao internamento, tendo alta para domicílio, por sua própria decisão. Apresenta uma I. Lawton: 5; Escala de Gijon:5, I. Barthel – 13/20, I. Tinetti – 14/28, Escala de Morse – 50 (médio risco)

Principais necessidades: Reabilitação motora, ajuda em alguma AVD's: cuidados de higiene, atividades lúdico-sociais.

4 de Maio de 2012

Conversa com alguns doentes em contexto de Ginásio de Fisioterapia e com a Fisioterapeuta acerca das suas funções, das principais evoluções registadas bem como as principais limitações dos doentes.

Realização de entrevistas ao filho de “José” e ao filho de “Mariana”.

Caraterização do perfil social dos doentes “José” e “Mariana”.

“José”

O Sr. “José” tem 70 anos de idade e é casado. O doente foi admitido na UMDR no dia 25 de Maio de 2012, proveniente do domicílio com diagnóstico de concussão cerebral e tem como objetivo terapeutico a reabilitação. Ao longo do internamento apresenta-se confuso, discurso incoerente e pouco perceptível e dependente em grau elevado nas AVD's. Antes da queda que causou o seu internamento hospitalar e posteriormente a referenciação para a RNCCI, o Sr. “José” era autónomo em todas as AVD's e residia com a esposa de idade semelhante. O Doente foi encontrado caído na via publica a 15 de Abril de 2012, com estigmas de TCE. Esteve internado no Centro Hospitalar de Coimbra – Neurotraumatologia,

apresentando melhoria de estado de consciência sem défices fecais. Após alta hospitalar o casal passou a residir em casa do filho e da nora, pois a habitação destes apresentava melhores condições, para a situação de dependência do doente (um prédio com acesso a elevador e boas condições de habitabilidade). O doente tem períodos de confusão mas mais colaborante, estando dependente nos cuidados, tem incontinência urinária e fecal com uso da fralda. As suas principais necessidades passam pela Reabilitação Psicomotora. Este doente está muito debilitado fisicamente, está em cadeira de rodas devido a um traumatismo, tendo problemas cognitivos e de mobilidade. Os técnicos referem que existe a possibilidade de episódios alucinatorios, verificando-se também a existência de episódios de prostração alternados com momentos de agitação psicomotora assim como a comunicação comprometida, pelo que será fundamental a colaboração da Terapeuta da Fala. Está a realizar fisioterapia a fim de melhorar o seu equilíbrio bem como a sua força muscular, incentivando a sua mobilidade em geral. O filho veio obter informações sobre inscrição em Lar, referindo que o pai necessitava de recuperação ao nível da fisioterapia, e avaliação sociocognitiva. I. de Lawton-0, Escala de Gijon-6.

Principais necessidades: Reabilitação psicomotora, ajuda total nas AVD's, terapia da fala, atividades de animação e estimulação cognitiva.

“Mariana”

A Sr^a “Mariana” tem 82 anos de idade deu entrada na UMDR a 17 de Junho de 2012 é viúva e residia com a filha, sua principal cuidadora, antes de dar entrada na UMDR com o diagnóstico de derrame pleural, neoplasia da mama, pleurodese com talco, insuficiência respiratória, neoplasia do pulmão secundária e obesidade. É totalmente dependente nas diferentes AVD's em gestão de regime terapêutico, vigilância e controlo de parâmetros vitais/sintomas, manutenção/vigilância de dispositivos e promoção do conforto. Os cuidados de higiene e conforto são prestados na cama com ajuda total; realiza levante diário para cadeirão. Elimina na fralda, solicitando esporadicamente a arrastadeira, por apresentar obstipação. A doente teve um agravamento do estado geral com maior grau de dependência e de dor, tendo uma queda durante o período noturno, sem alterações da mobilidade, apresenta obstipação. Está consciente, alternando períodos de sonolência, ansiedade e desorientação no tempo e no espaço e orientada relativamente à identidade, com

fala arrastada e pouco colaborante por incapacidade. Realiza oxigenoterapia e iniciou cinesiterapia respiratória no internamento, referindo dor generalizada persistente mais acentuada ao nível da região torácica. Ingere dieta semi-líquida por via oral. Apresenta uma Escala de Gijon-12, Í. de Katz-1 e Í. Norton-8. A doente acabou por falecer a 20 de Julho de 2012 na UCCI.

Principais Necessidades: Alimentação: dieta adequada e comida passada, ajuda total nas AVD's, estimulação cognitiva, vigilância, pois tem tendência a ter quedas

9 de Maio de 2012

Conversa com alguns doentes da UCCI: “Júlio”, “Lurdes” e “Alice”.

Entrevista à companheira do “Jaime”, cuidadora principal do doente.

Caraterização do perfil social do doente “Jaime”.

“Jaime “

O Sr. “Jaime” de 61 anos de idade foi admitido na UMDR a 27 de Fevereiro de 2012, sendo proveniente de uma Unidade de Convalescença, o doente tem como diagnóstico uma amputação do terço médio da perna direita por isquémia, tem DM tipo 2, insulinotratado, tem ainda um síndrome depressivo. Tem como objectivo de internamento, a Reabilitação, enquanto aguarda a colocação de uma prótese. O doente chegou sozinho à Unidade e foi transportado pelos bombeiros. Encontra-se consciente, orientado, com grau reduzido nas AVD's, alimenta-se por mão própria de dieta geral diabética. Necessita de ajuda parcial nos cuidados de higiene e conforto, desloca-se sozinho ao wc, nos posicionamentos e transferências. Encontra-se mais dependente na utilização das escadas, utilizando por vezes canadiana. Utiliza também cadeira de rodas mas de forma autónoma. Na admissão apresenta um índice de Lawton -0 e Escala de Gijon-9, um índice de Katz: A-12; Escala de Braden:22; Escala de Morse:55. O Sr.”Jaime” é comunicativo mas reservado sobre a sua vida pessoal. Conseguiu-se apurar que é divorciado pela segunda vez. Do primeiro casamento tem três filhos (duas raparigas e um rapaz) mas não mantém qualquer relação com os mesmos. Apenas

se sabe que moram na mesma localidade onde se encontra atualmente. As filhas mais velhas estão casadas, o filho mais novo é solteiro. A primeira mulher saiu de casa e ficou com os filhos. Depois em tribunal as filhas decidiram ficar com a mãe e o filho com o pai. As filhas ainda estiveram alguns anos numa casa de acolhimento para Crianças e Jovens. O doente casou pela segunda vez, mas deste casamento não teve filhos. Esse casamento terminou há cerca de 5 anos por intrigas do filho. «*Levantou-lhe dinheiro e não assumiu.*» O processo em Tribunal acabou por ser arquivado. O doente reside em casa da atual companheira de 76 anos, viúva e com seis filhos, há cerca de 4 anos. Esta vem visitá-lo todas as semanas, de comboio todas as Quartas-Feiras. Relativamente às condições habitacionais do doente, a sua casa é de construção antiga e possui barreiras arquitetónicas, nomeadamente escadas interiores de pedra. O Sr. “*Jaime*” está a ter uma boa recuperação, tendo alta para domicílio agendada para breve. Recebeu a prótese no dia 24/05/2012, tendo iniciado de seguida o treino de adaptação, ao nível de fisioterapia. O doente não manifestou dificuldades em deambular com a prótese pela cidade, nem na execução das AVD’s, com exceção na execução do banho, na qual referiu ter dificuldade em entrar para o poliban. O doente tem agora uma capacidade para um padrão de marcha mais correto e com melhor distribuição de carga pelos membros, no entanto demonstrou desinteresse em seguir as indicações dadas. Na alta apresentava um I.Lawton:4, Gijon:12, I.Lawton:13 Gijon: 9.

Principais necessidades: Ajuda parcial nalguns cuidados diários: higiene, reabilitação motora: treino do uso da prótese, atividades de caráter lúdico e social.

11 de Maio de 2012

Visita ao ginásio de fisioterapia.

Realização de entrevistas ao filho da doente “Lurdes”.

Caraterização do perfil social da doente “Lurdes”.

“Lurdes”

A Srª “Lurdes” com 80 anos é casada e reside com o esposo de 83 anos. Não têm filhos, são ambos reformados. O esposo tem hábitos alcoólicos. A situação económica é de grande precaridade, tendo o apoio de uma irmã, sendo esta a sua principal cuidadora. Esta é solteira, também idosa e vive na mesma localidade. Antes do internamento a doente estava autónoma para as AVD’s. A doente é portadora de doença cardiovascular, tem uma fratura do colo do fémur, necessitando de cuidados de fisioterapia para recuperar a mobilidade. Sofre de insuficiência cardíaca e neoplasia do aparelho digestivo. Não tem sido possível realizar qualquer tipo de intervenção devido ao nível de dependência da doente. Está calma, consciente, com períodos de confusão no tempo e no espaço e com períodos de agitação psicomotora. Apresenta hemiplegia esquerda, sem equilíbrio sentada. Possui resistência moderada à tentativa de mobilização passiva e dor. A Terapeuta da Fala tem evidenciado menos períodos de agitação, mostrando-se por vezes pouco colaborante. Durante as sessões apresenta algumas vocalizações durante as provas de linguagem serial, recitação e canto. Quando lhe são mostrados objetos de uso comum, transmite com o gesto, a função de alguns deles. Alimentada e hidratada por SNG por apresentar dificuldade acentuada na deglutição, A doente encontra-se desnutrida, continuando a recusar qualquer estimulação na cavidade oral. Está dependente na realização das AVD’s. Por vezes, mostra-se apática, evidenciando um olhar vazio. Através dos sinais da Escola de depressão observa-se sintomatologia sugestiva de depressão, devido ao fato de a utente apresentar uma afasia global não é possível avaliar o pensamento e a parte sensório-cognitivo (orientação, memória, atenção e concentração). É Incontinente de esfíncteres, urina e evacua na fralda. Necessita de ajuda total nos cuidados de higiene e conforto. Efetua levante diário para cadeirão. Apresenta-se algo queixosa à mobilização. Ausência de suporte familiar com capacidade para a prestação de cuidados. A sua casa não tem condições habitacionais. O principal objetivo de internamento passa pela reabilitação; promover um estado nutricional adequado; garantir um suporte adequado de líquidos, energia, macro e micronutrientes; manter o peso no intervalo da entrofia; prevenir perda de massa isenta de gordura. Apresenta um Í.Lawton – 3, Escala de Gijon – 10, Í. de Barthel – 10/20 , Í. de Tinetti – 14/28, Escala de Morse- 50 (médio risco), Escala de Braden – 13 (risco elevado).

Principais necessidades: Ajuda total nas AVD’s, manutenção de cuidados diários, reabilitação motora, dieta adequada e comida passada por SNG, terapia da fala.

17 de Maio de 2012

Acompanhamento de alguns doentes ao ginásio de fisioterapia.

Realização de entrevista à filha de “Joaquim”.

Caraterização do perfil social do doente “Joaquim”.

“Joaquim”

O Sr. “Joaquim”, tem 77 anos de idade e deu entrada na UMDR a 16 de Dezembro 2011, proveniente de domicílio com diagnóstico de insuficiência cardíaca crónica, DM tipo 2, um tumor na próstata e foi intervencionado à coluna em França, pelo que tem dificuldade na deambulação. Mantém-se consciente, calmo e aparentemente orientado, bastante colaborante, independente nas transferências, movendo-se de forma lentificada. Até à data de internamento, o Sr. “Joaquim” residia com a esposa. O casal recebia apoio semanalmente, ao nível da alimentação, de Centro de Dia da localidade onde residem e também de uma empregada doméstica. O Sr. “Joaquim” foi ex imigrante em França mas reside no País há cerca de 15 anos. Em França deambulava com o andarilho mas neste momento está a perder mobilidade. Tem cinco filhos mas só uma filha lhe é mais próxima. Perante o atual contexto, os familiares consideram não estar reunidas as condições necessárias para o regresso da doente ao domicílio dado que os seus compromissos profissionais impossibilitam a prestação de cuidados de que o doente carece. Contudo, o doente teve alta para domicílio, saindo da UCCI acompanhado pela filha, sua principal cuidadora. Apresenta um Índice de Katz: D-6; Escala de Braden: 19.

Principais necessidades: Reabilitação motora, apoio nas AVD's.

24 de Maio de 2012

Realização de Entrevista ao filho de “Solange”.

Caraterização do perfil social da doente “Solange”.

“Solange”

A Sr^a “Solange”, com 90 anos de idade deu entrada na Instituição a dia 1 de Junho de 2012. Veio para a Instituição para descanso do cuidador. Com o diagnóstico clínico de infeção respiratória e tromboembolia pulmonar, com antecedentes de IC, demência, encontra-se confusa, não colaborante, pelo que é dependente em elevado grau nas AVD’s. Não controla os esfíncteres, razão pela qual usa fralda. Atualmente está estável e a melhorar.

A doente está integrada no agregado familiar do seu único filho mas com frequência de Centro de Dia, cuja deslocação era assegurada em transporte próprio da Instituição. A nora assegurava os cuidados da doente após o horário institucional. A familiar/cuidadora refere ter indisponibilidade total para equacionar alternativas de apoio à idosa, designadamente institucionalização na valência de Lar, cuja resposta foi localizada e rejeitada. O agregado familiar apresenta disfunções familiares e sociais relacionadas com distúrbios mentais. Posteriormente irá regressar ao Centro de Dia da mesma Instituição, onde já se encontrava. Escala de Braden –19 (baixo risco), Escala de Morse – 50 (médio risco).

Principais necessidades: ajuda total nas AVD’s, estimulação cognitiva, realização de fisioterapia, dieta hipossalina.

28 de Maio de 2012

Deu entrada na ULDM, “Vitor”, acompanhado pela esposa e por uma senhora amiga da família, taxista que os trouxe. Mais tarde a neta veio à UCCI efetuar todas as diligências (cartas das consultas médicas, cópias da documentação e ficha de admissão). No gabinete social falaram do horário de visitas , das cartas das consultas para o médico e contactos da Instituição)

Visualização de diagnósticos dos doentes na plataforma da RNCCI.

29 de Maio de 2012

Conversa com “Alice”

«Alice, como estás hoje? Bem-disposta?»

Sim! Estou...e que estás a fazer? A ver a novela, conheces? Não. Como é que se chama a novela que estás a ver? Direito de Nascer.

Fala-me um pouco de ti...Onde estudaste? Andei na escola Amato Lusitano. E gostaste de lá estudar? Sim, adorei. Nunca trabalhaste? Não. Só na casa dos meus padrinhos. O que fazias lá? Limpezas! Foram eles me acolheram e eu senti-me na obrigação para com eles. Desde pequena que eles cuidaram de mim. Sabes o que é que tu tens? Sim, sei um aneurisma e um AVC. Já aqui estás há muito tempo? Sim, desde que isto abriu. Gostas de cá estar? Gosto. Não tenho nada a dizer. E o que é que gostas mais de fazer quando estas cá? Nada, infelizmente. Só vejo televisão e leio revistas. E gostas de andar na fisioterapia? Gosto. E o que é que gostas na fisioterapia? Gosto de levantar pesos, mas não saio da cadeira .E faz-te bem? Sim, adoro lá estar. E sempre viveste em Castelo Branco? Sempre. Há seis anos que lá não estou. E depois foste para onde? Fui para a Idanha. Fui para lá fazer tratamento, fisioterapia. E a fisioterapia esta a correr bem? Está. Graças a Deus. E assim se passa o tempo não é? A ver televisão e na cama. Eu tive uma escara no hospital. E onde é que tiveste a escara? No braço. E dói-te? Dói.

Quero dormir! Está bem “Alice”...Olha, compras-me uma revista? Que revista “Alice”? A Maria! (A doente é por natureza uma pessoa muito simpática e alegre, no entanto tem episódios de revolta e crises de choro. Adora ler e ver tv).

31 de Maio de 2012

Diálogo com técnicas no Gabinete Social: Animadora, Assistente Social e Psicóloga sobre assuntos pontuais na UCCI.

Realização de Entrevistas à sobrinha de “Clara” e à filha de “Jorge”.

Caraterização do perfil social dos doentes “Clara” e “Jorge”.

“Clara”

A Sr^a “Clara” tem 86 anos de idade, deu entrada na UMDR a 27 de Abril de 2012 é viúva e não tem filhos. Residia com uma sobrinha e afilhada também já com alguma idade. A doente tem uma demência, com antecedentes pessoais de DM Tipo 2. Não efetua movimento nos membros inferiores, não se movimentando sozinha. A doente tem dificuldades em dormir durante a noite e verbaliza durante toda a noite. Apresenta-se prostrada e pouco comunicativa o que por vezes dificulta a intervenção dos técnicos. Veio para a UMDR para descanso da sua cuidadora, a sobrinha. Apresenta uma Escala de Braden:11 e Escala de Morse:40. A Doente acabou por falecer na UCCI.

Principais Necessidades: Estimulação cognitiva, atividades lúdicas e de caráter social, estimulação cognitiva, vigilância mais eficaz durante o período da noite.

“Jorge”

O Sr. “Jorge” com 84 anos de idade, teve um AVC há cerca de três anos, ficando com sequelas: disartria e hemiplégia à esquerda. Foi admitido na ULDM a 22 de Fevereiro de 2012, com o objetivo de internamento e descanso do cuidador, sendo a terceira vez que vem para a Unidade. Neste momento, a sua esposa está a viver sozinha. Anteriormente, o doente teve apoio domiciliário da mesma Instituição, ao nível do banho, levante e higiene. O doente está permanentemente a necessitar de cuidados e não dorme. Está acamado dependente nas AVD’s. O casal tem três filhas e um filho, sendo presentes. Mas, o seu filho também teve um AVC recentemente, e durante o dia recebe o apoio da sua mãe em virtude da esposa estar a trabalhar. A família mostra-se colaborante e pretende levar o doente para casa após a alta, mantendo a vaga em SAD. Relativamente, à situação habitacional, o doente vive num primeiro andar, espaçoso, com casa de banho e água canalizada e em boas condições de higiene. Apresenta um Í. Lawton – 0, Escala de Gijon – 9, Í.Barthel – 1, Í. Tinetti – 0, Escala de Braden – 14 (risco elevado) e Escala de Morse – 0 (baixo risco).

Principais necessidades: Ajuda total nas AVD’s, reabilitação e manutenção de cuidados, descanso do cuidador

ANEXOS

ANEXOS

Anexo I – Art.º 64 da Constituição da República Portuguesa – Saúde

Anexo II – Art.º 25º da Declaração Universal dos Direitos do Homem

Anexo III – Lei de Bases de Saúde

Anexo IV – O Serviço Nacional de Saúde

Anexo V – Pré- Requisitos na Relação de Ajuda

Anexo VI – Plano de Intervenção Social

Anexo VII – Escala de Katz

Anexo VIII – Escala de Lawton

Anexo IX – Escala de Braden

Anexo X – Escala de Barthel

Anexo XI – Escala de Gijon

Anexo XII – Escala de Morse

Anexo XIII – Índice de Tinetti

Anexo XIV – Escala de Glasgow

Anexo XV – Escala de Norton

Anexo XVI – Minimental State

Anexo XVII– Tabela *Tipo* de Registos dos doentes da UMDR

Anexo XVIII– Tabela *Tipo* de Registos dos doentes da ULDM

ANEXO I- Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa - Saúde.

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.

2. O direito à proteção da saúde é realizado:

a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;

b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.

3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;

b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;

c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;

d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;

e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;

f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.

O texto atual da Constituição da República Portuguesa foi aprovado pela Lei Constitucional n.º 1/2001, de 12 de Dezembro.

ANEXO II – Art. 25 da Declaração Universal dos Direitos do Homem

I) Todo o homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda de meios de subsistência em circunstâncias fora do seu controlo.

ANEXO III - Lei de Bases de Saúde

Os Utentes têm direito a:

- a) Escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização o serviço e agentes prestadores;*
- b) Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei;*
- c) Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito;*
- d) Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados;*
- e) Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado;*
- f) Receber, se o desejarem, assistência religiosa;*
- g) Reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, a receber indemnização por prejuízos sofridos;*
- h) Constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses;*
- i) Constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimentos de saúde*

Os Utentes devem:

- a) Respeitar os direitos dos outros utentes;*
- b) Observar as regras sobre a organização e o funcionamento dos serviços e estabelecimentos;*

- c) Colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação;*
- d) Utilizar os serviços de acordo com as regras estabelecidas;*
- e) Pagar os encargos que derivem da prestação dos cuidados de saúde, quando for caso disso.*

3 - Relativamente a menores e incapazes, a lei deve prever as condições em que os seus representantes legais podem exercer os direitos que lhes cabem, designadamente o de recusarem a assistência, com observância dos princípios constitucionalmente definidos.

ANEXO IV – O Serviço Nacional de Saúde

1.1.O que é o Serviço Nacional de Saúde?

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. O SNS abrange ainda os estabelecimentos privados e profissionais de saúde em regime liberal, com os quais tenham sido celebrados contratos ou convenções, que garantam o direito de acesso dos utentes em moldes semelhantes aos oferecidos pelo SNS.

1.2. Que outros serviços e entidades prestam cuidados de saúde?

Para além do SNS, existem diversos subsistemas de saúde, criados no âmbito de vários ministérios, empresas bancárias, seguradoras e outras instituições, para prestação de cuidados de saúde aos seus trabalhadores ou associados (ADSE, ADME, SAMS, etc.). Os beneficiários destes subsistemas podem utilizar também, caso o desejem toda a rede do SNS. Diversas instituições de saúde privadas e profissionais em regime liberal completam a oferta de cuidados de saúde, prestando os seus serviços à população em regime privado ou através de acordos ou convenções quer com o SNS, quer com alguns dos subsistemas atrás referidos.

1.3.Quem pode ser utente do SNS?

São beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses. São igualmente beneficiários do SNS os cidadãos nacionais de Estados membros da União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis. São ainda beneficiários do SNS os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade, e os apátridas residentes em Portugal.

1.4. Se for beneficiário de um subsistema de saúde posso utilizar também o SNS?

De acordo com a legislação em vigor, pode. Deve informar os serviços do SNS do subsistema a que pertence, no acto de inscrição no Centro de Saúde, ou sempre que lhe for solicitado.

1.5. Que direitos têm os utentes do SNS?

De acordo com a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto), os utentes têm direito a: a) Escolher o serviço e os profissionais de saúde, na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização; b) Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei; c) Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito; d) Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade dos dados pessoais; e) Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado; f) Receber assistência religiosa; g) Reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, receber indemnização por prejuízos sofridos; h) Constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses; i) Constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.

1.6. Quais os deveres dos utentes do SNS?

De acordo com a Lei de Bases da Saúde, os utentes do SNS devem: Respeitar os direitos dos outros utentes; observar as regras de organização e funcionamento dos serviços; colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação; utilizar os serviços de acordo com as regras estabelecidas; pagar os encargos que derivem da prestação dos cuidados de saúde, quando for caso disso. Nota: Relativamente aos menores e incapazes, cabe aos seus representantes legais exercer estes direitos e deveres, nos termos previstos na lei.

1.7. Como posso contribuir para a melhoria do funcionamento dos serviços de saúde?

Deve manter-se informado acerca dos seus direitos e responsabilidades como utente dos serviços de saúde e participar na avaliação da qualidade dos serviços e dos cuidados que lhe são prestados, apresentando sugestões úteis e eficazes ou reclamações quando se justificarem. Pode integrar-se em entidades que colaborem com o sistema de saúde, quer sejam associações para a promoção e defesa da saúde ou grupos de amigos dos

estabelecimentos de saúde. A legislação prevê, ainda, a participação dos cidadãos em órgãos consultivos dos Hospitais e Centros de Saúde. Para tal, terão de estar devidamente organizados em Ligas de Utentes ou Amigos do Hospital ou serem elementos das autarquias.

1.8. Como posso exercer o meu direito de apresentar sugestões e reclamações?

Deve dirigir-se ao Gabinete do Utente, que funciona, em cada distrito, na sede da Sub--região de Saúde e também nos Centros de Saúde e nos Hospitais. Este gabinete tem as seguintes atribuições: informar os utentes sobre os seus direitos e deveres relativos aos serviços de saúde; receber as reclamações e sugestões sobre o funcionamento dos serviços ou o comportamento dos profissionais; redigir as reclamações orais feitas nos termos da alínea anterior, quando os utentes não o possam fazer; receber as sugestões dos utentes; se quiser apresentar uma reclamação, pode ainda utilizar o Livro de Reclamações, que existe obrigatoriamente em todos os locais onde seja efetuado atendimento público, devendo a sua existência ser divulgada aos utentes de forma visível. O reclamante será sempre informado da decisão que recaiu sobre a reclamação apresentada.

1.9. Como utilizar melhor o SNS

O SNS oferece-lhe um conjunto de instituições e serviços, designadamente Centros de Saúde e Hospitais, que lhe podem prestar cuidados de: Prevenção e tratamento da doença; reabilitação e apoio na reinserção familiar e social de doentes.

O utente pode ainda obter junto dos serviços de saúde: informação sobre assuntos relacionados com a saúde e formas de a manter e promover; informação sobre o funcionamento dos serviços de saúde.

Fonte: Portal da Saude - Serviço Nacional de Saúde. Disponível em:
Url:<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+d+e+saude/composicao+do+sns/sns2.htm>, (acedido em 23/04/2012)

Anexo V - Pré-requisitos na Relação de Ajuda

1. *Eu sou autêntico?*
2. *Tenho consciência de mim?*
3. *Sou capaz de estabelecer relações positivas?*
4. *Tenho a força para ser distinto?*
5. *Tenho segurança interior suficiente para deixar o outro livre?*
6. *A minha compreensão empática: até onde pode ela ir?*
7. *Posso eu aceitar o outro tal como ele é?*
8. *Posso transmitir-lhe segurança na nossa relação?*
9. *Sem julgamentos ou avaliações?*
10. *Posso vê-lo como um ser “em desenvolvimento”?*

Fonte: Sapeta(2011), p.58, adaptado de Rogers (2004)

ANEXO VI – PLANO DE INTERVENÇÃO SOCIAL

PLANO DE INTERVENÇÃO SOCIAL

Quarto: _____ Cama: _____ UMDR _____ ULDM _____

Utente _____ Idade _____

Admissão _____ Previsão Saída _____ Alta _____

Pessoa responsável _____ Parentesco _____

Contactos _____ / _____ Email _____

Diagnóstico de Admissão: _____

Objectivos de Internamento: _____

Objectivos Gerais

- Acolhimento e Integração da utente e família na Unidade
- Acompanhamento psicossocial da utente e família
- Planeamento da alta e da continuidade dos cuidados
- Atenção e Acompanhamento no tratamento, reabilitação, readaptação e reintegração social

Objectivos Específicos

- Organizar processo de admissão – Ficha de admissão
- Prestar todas as informações necessárias de funcionamento (Horário de visitas, facturação, Guia de Acolhimento, PII)
- Identificar as necessidades do doente e/ou família.
- Informar, capacitar o doente e/ou família para uma gestão eficaz da doença
- Identificar com a equipa, doente e/ou família as necessidades aquando da alta

- Facilitar o contacto e/ou a procura de respostas sociais, materiais e financeiras necessárias
 - Incentivar e estimular a adesão aos planos de cuidados
 - Reforçar e facilitar a comunicação da equipa com o doente, família e exterior.
- _____

 - _____

 - _____

 - _____

 - _____

 - _____

Observações

Avaliação Social

CIDADADOS CONTINUADOS

Dependência nas Actividades Operacionais Vida Diária (I. de Lawton)

Tarefa	Sem qualquer ajuda (2)	Apenas com ajuda (1)	Totalmente incapaz (0)
Usar o telefone			
Ir para lugares além da distância de marcha			
Ir comprar mercearias			
Preparar as refeições			
Fazer a lida da casa			
Fazer pequenos trabalhos domésticos (reparações, arranjos)			
Tratar das roupas (lavar, secar)			
Tomar a medicação (quando necessário)			
Fazer a gestão do dinheiro			
Total parcial			
TOTAL			

Escala de Avaliação Sócio Familiar de GJON

Situação Familiar		
Vive com o cônjuge / companheiro(a) e ou família sem conflito		1
Vive com o cônjuge / companheiro(a) de idade semelhante		2
Vive com o cônjuge /companheiro(a) e ou família e/ou outros, mas que não o cuidam		3
Vive sozinho, ou com filho(s) e ou familiares próximos que não dão resposta completa		4
Vive sozinho, família distante, sem cuidador, ou sem família		5
Relações e contactos Sociais		
Mantém relações fora do domicílio		1
Relaciona-se com família/vizinhos/outros, sai de casa		2
Apenas se relaciona com a família, sai de casa		3
Não sai de casa, recebe família ou visitas (> de 1 semana)		4
Não sai de casa nem recebe visitas (< de 1 semana)		5
Apoio da rede social		
Não necessita de nenhum apoio		1
Recebe apoio de família e/ou vizinhos		2
Recebe apoio social de forma suficiente (centro de dia, ajudante familiar, vive num lar)		3
Tem apoio social mas é insuficiente		4
Não tem apoio social, e necessita		5
TOTAL		
10 - 15	Deterioro social severo	6 - 9 Carência social intermédia
		3 - 5 Boa situação social

A Técnica Social

Data:

CUIDADOS CONTINUADOS

Nome:

Cama:

DATA		8 – 15H		15 – 22H		22 – 8H		
Escala de Glasgow	Abertura dos Olhos	Melhor Resposta Verbal	Melhor Resposta Motora	Score				
	4 - Espontânea	5 - Orientada	6 - Obedece a ordens					
	3 - Ordem verbal	4 - Conversa confusa	5 - Localiza estímulos					
	2 - À dor	3 - Palavra inapropriada	4 - Movimento de retirada, membro retraído					
	1 - Nula	2 - Incompreensível	3 - Flexão anormal					
		1 - Nula	2 - Extensão anormal					
			1 - Nula					
Actividades da Vida Diária	A - Respirar	3	Sem dificuldade					
		2	O ₂ por períodos/nebulizações					
		1	Necessidade de O ₂ permanente					
	B - Alimentação / Hidratação	4	Independente					
		3	Via oral, com ajuda parcial					
		2	Via oral, com ajuda total					
		1	Sonda nasogástrica					
	C - Higiene e Conforto	5	Independente					
		4	Banho no WC, com ajuda parcial					
		3	Banho no WC, com ajuda total					
		2	Banho na cama, com ajuda parcial					
		1	Banho na cama, com ajuda total					
	D - Eliminação	5	Independente					
		4	WC com ajuda					
		3	Descontrolo vesical	a) fralda b) dispositivo				
		2	Descontrolo Fecal	a) fralda b) dispositivo				
		1	Descontrolo de ambos	a) fralda b) dispositivo				
		E - Mobilidade e Locomoção	6	Independente				
			5	Canadianas				
	4		Andarilho					
	3		Cadeira de rodas					
	2		Acamado, auto posiciona-se					
	1		Acamado, não se posiciona					
	F - Integridade Cutânea	4	Pele íntegra					
		3	Eritema branqueável/não branqueável, edema, hematoma					
		2	Ferida traumática/cirúrgica/escoriação					
		1	Úlceras de pressão					
	G - Dormir e Repousar	4	Dorme e repousa correctamente					
		3	Sonolência diurna					
		2	Agitação/verborreia nocturna					
1		Prostração/sem reacção a estímulos						
Assinatura:								
SINAIS VITAIS								
Hora	T. Ax.	T.A.	F.C.	SpO ₂	Dor (0/10)	Medicação SOS	Assinatura	

NOTAS GERAIS:

CUIDADOS CONTINUADOS

Nome:

Cama:

DATA		8 – 15H		15 – 22H		22 – 8H		
Escala de Glasgow	Abertura dos Olhos	Melhor Resposta Verbal	Melhor Resposta Motora	Score				
	4 - Espontânea	5 - Orientada	6 - Obedece a ordens					
	3 - Ordem verbal	4 - Conversa confusa	5 - Localiza estímulos					
	2 - À dor	3 - Palavra inapropriada	4 - Movimento de retirada, membro retraído					
	1 - Nula	2 - Incompreensível	3 - Flexão anormal					
		1 - Nula	2 - Extensão anormal					
			1 - Nula					
Actividades da Vida Diária	A - Respirar	3	Sem dificuldade					
		2	O ₂ por períodos/nebulizações					
		1	Necessidade de O ₂ permanente					
	B - Alimentação / Hidratação	4	Independente					
		3	Via oral, com ajuda parcial					
		2	Via oral, com ajuda total					
		1	Sonda nasogástrica					
	C - Higiene e Conforto	5	Independente					
		4	Banho no WC, com ajuda parcial					
		3	Banho no WC, com ajuda total					
		2	Banho na cama, com ajuda parcial					
		1	Banho na cama, com ajuda total					
	D - Eliminação	5	Independente					
		4	WC com ajuda					
		3	Descontrolo vesical	a) fralda b) dispositivo				
		2	Descontrolo Fecal	a) fralda b) dispositivo				
		1	Descontrolo de ambos	a) fralda b) dispositivo				
		E - Mobilidade e Locomoção	6	Independente				
			5	Canadianas				
	4		Andarilho					
	3		Cadeira de rodas					
	2		Acamado, auto posiciona-se					
	1		Acamado, não se posiciona					
	F - Integridade Cutânea	4	Pele íntegra					
		3	Eritema branqueável/não branqueável, edema, hematoma					
		2	Ferida traumática/cirúrgica/escoriação					
		1	Úlceras de pressão					
		G - Dormir e Repousar	4	Dorme e repousa correctamente				
	3		Sonolência diurna					
	2		Agitação/verborreia nocturna					
1	Prostração/sem reacção a estímulos							
Assinatura:								
SINAIS VITAIS								
Hora	T. Ax.	T.A.	F.C.	SpO ₂	Dor (0/10)	Medicação SOS	Assinatura	

NOTAS GERAIS:

ANEXO VII – ESCALA DE KATZ

Quadro 2 - Index of Independence in Activities of Daily Living de Katz (original)

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E, e F

Fonte: Katz, 1963¹²

Quadro 1. Índice de Katz - Escala de Atividade de Vida Diária

Atividade	Independente	SIM	NÃO
1. Banho	Não recebe assistência ou somente recebe em uma parte do corpo.	()	()
2. Vestir-se	Escolhe as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, exceto para calçar sapatos.	()	()
3. Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem nenhuma assistência (pode usar bengala ou andador como apoio e usar comadre/urinol à noite).	()	()
4. Transferência	Consegue deitar e levantar de uma cama ou sentar e levantar de uma cadeira sem ajuda (pode usar bengala ou andador).	()	()
5. Continência	Tem autocontrole do intestino e da bexiga (sem "acidentes ocasionais").	()	()
6. Alimentação	Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.	()	()

FORTE: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 613, 2002

ANEXO VIII – ESCALA DE LAWTON

INDICE DE LAWTON - Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Indicación: Valoración de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Cuando el índice de Barthel puntúe 100 o sólo haya dependencia en continencia urinaria y fecal.

Codificación proceso: 1.1.1.2.2.1.1.9.. Actividad coadyuvante de la vida diaria (CIPE-α).

Administración: Heteroadministrada

Interpretación:

Mujeres

Dependencia 0-1 Total 2-3 Grave 4-5 Moderada 6-7 Leve 8 Autónoma

Hombres

Dependencia 0 Total 1 Grave 2-3 Moderada 4 Leve 5 Autónomo

Dependencia en alguna de las actividades instrumentales nos indica riesgo de deterioro No resulta adecuada para evaluar respuesta al tratamiento o cambios funcionales a lo largo del tiempo.

Reevaluación: con carácter anual cuando el índice de Barthel puntúe 100 o sólo haya dependencia en continencia urinaria y fecal.

Propiedades psicométricas: No validada en español y en nuestro medio.

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES - LAWTON		Varón	Mujer
Capacidad para usar el teléfono	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
	- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	1
	- No utiliza el teléfono	0	0
Compras	- Realiza independientemente las compras necesarias	1	1
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
	- Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
	- Totalmente incapaz de comprar	0	0
Preparación de la comida	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente		1
	- Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes		0
	- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada		0
	- Necesita que le preparen y sirvan las comidas		0
Cuidado de la casa	- Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados		1
	- Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer las camas		1
	- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza		1
	- Necesita ayuda en todas las labores de la casa		1
Lavado de ropa	- No participa en ninguna labor de la casa		0
	- Lava por sí solo toda su ropa		1
	- Lava por sí solo prendas pequeñas		1
	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona		0
Uso de medios de transporte	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
	- Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
	- Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona	1	1
	- Utiliza el taxi o el automóvil, pero solo con ayuda de otros	0	0
Responsabilidad respecto a su medicación	- No viaja en absoluto	0	0
	- Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1	1
	- Toma su medicación si la dosis está previamente preparada	0	0
	- No es capaz de administrarse su medicación	0	0
Manejo de asuntos económicos	- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	1
	- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos	1	1
	- Incapaz de manejar dinero	0	0
	TOTAL		

ANEXO IX – ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____		
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____		
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.		
	Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
	Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
	Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
	Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.			
Pontuação total						

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

ANEXO X – ESCALA DE BARTHEL

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____ D.N. ____/____/____ HD: _____

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL

1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.
2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.
3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.
4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.
5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.

CATEGORIA 2: BANHO

1. Totalmente dependente para banhar-se.
2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.
3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a inabilidade em completar a tarefa pela condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.

CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO

1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.
2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.
3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.
4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.

CATEGORIA 4: TOALETE

1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.
2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário
3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.
5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;

CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS

1. O paciente é incapaz de subir escadas.
2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.

<p>4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.</p> <p>5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.</p>
CATEGORIA 6: VESTUÁRIO
<p>1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.</p> <p>2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário</p> <p>3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.</p> <p>4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.</p> <p>5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.</p>
CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)
<p>1. O paciente apresenta incontinência urinária.</p> <p>2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.</p> <p>3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.</p> <p>4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.</p> <p>5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.</p>
CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)
<p>1. O paciente não tem controle de esfínteres ou utiliza o cateterismo.</p> <p>2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.</p> <p>3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.</p> <p>4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.</p> <p>5. O paciente tem controle de esfínteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.</p>
CATEGORIA 9: DEAMBULACAO
<p>1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.</p> <p>2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.</p> <p>3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.</p> <p>4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.</p> <p>5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).</p> <p>Não se aplica aos pacientes que deambulam.</p>
CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA
<p>1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.</p> <p>2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.</p> <p>3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.</p> <p>4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.</p> <p>5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para</p>

cadeia com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente Independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir Escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controlo da Bexiga	0	2	5	8	10
Controlo Intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou Cadeira de Rodas	0	1	3	4	5
Transferência Cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos – dependência moderada
100 pontos- totalmente independente	20 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	24 e menos pontos – dependência total

Fonte: Escala Modificada de Barthel, Disponível em:

Url: <http://www.cpep-fisio.com.br/material/Estagio%20Neurologia/Escalas/2008barthel.pdf>

ANEXO XI – ESCALA DE GIJON

ESCALA "GIJÓN" DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR EN EL ANCIANO

Indicación: valoración inicial sociofamiliar en el anciano para la detección de riesgo social.

Administración: Heteroadministrada.

Codificación proceso: 1.1.1.2.2.4.1.1. Red de solidaridad social (CIPE- α)

Interpretación: Recoge cinco áreas de valoración: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales.

De 5 a 9	Buena/aceptable situación social
De 10 a 14	Existe riesgo social
Más de 15	Problema social

Reevaluación: Cuando las condiciones sociales cambien o se sospeche riesgo social.

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de criterio, utilizando como criterio el juicio experto de un profesional experto. No se ha estudiado ni la validez de contenido ni la validez de constructo. La fiabilidad interobservador es muy elevada (índice de kappa de 0,957). La consistencia interna es muy baja (alfa de Crombach 0,142).

ESCALA "GIJÓN" DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR EN EL ANCIANO

A- SITUACIÓN FAMILIAR 1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica. 2. Vive con cónyuge de similar edad. 3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia. 4. Vive solo y tiene hijos próximos. 5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.	
B- SITUACIÓN ECONOMICA¹: 1. Más de 1,5 veces el salario mínimo. 2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive. 3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva. 4. L.I.S.M.I. – F.A.S. – Pensión no contributiva. 5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.	
C- VIVIENDA: 1. Adecuada a necesidades. 2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas, estrechas, baños..) 3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción). 4. Ausencia ascensor, teléfono. 5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).	
D - RELACIONES SOCIALES: 1. Relaciones sociales. 2. Relación social sólo con familia y vecinos 3. Relación social sólo con familia o vecinos. 4. No sale del domicilio, recibe visitas. 5. No sale y no recibe visitas.	
E- APOYOS DE LA RED SOCIAL: 1. Con apoyo familiar o vecinal. 2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria. 3. No tiene apoyo. 4. Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica. 5. Tiene cuidados permanentes.	
TOTAL	

OBSERVACIONES:

DIAGNÓSTICO SOCIAL:

1.- El cálculo individual de los ingresos, en el caso de matrimonios se obtendrá de la suma de las pensiones de ambos más 1/3 del SMI. dividiendo el resultado entre 2

ANEXO XII – ESCALA DE MORSE

ESCALA DE MORSE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

1. HISTÓRIA DE QUEDAS NÃO - 0 SIM - 20
2. DIAGNÓSTICOS MÉDICOS (> 2 patologias) NÃO - 0 SIM - 15
3. AJUDA NA MARCHA
Nenhuma / Ajuda cuidador / acamado _____ 0
Bengala / canadiana / andarilho _____ 15
Apoio nos móveis _____ 20
4. TERAPÊUTICA I.V. ou CATETER PERMANENTE _____ 20
5. MARCHA
Normal / cadeira de rodas / acamado _____ 0
Com dificuldade, mas sem ajuda _____ 10
Incapaz, sem ajuda _____ 20
6. ESTADO MENTAL
Orientado _____ 0
Dificuldade de orientação _____ 15

Classificação do nível de risco

Recomendações

- 0 – 24: sem risco
Nenhuma
- 25 – 50: baixo risco
Implementar precauções padronizadas contra quedas
- > 50: alto risco
Implementar intervenção para prevenção de alto risco de quedas

ANEXO XIII – ÍNDICE DE TINETTI

(Equilíbrio)

Quadro 2a. Escala de Avaliação do Equilíbrio- Índice de Tinetti

1. Equilíbrio sentado	Escorrega	0 ()
	Equilibrado	1 ()
2. Levantando	Incapaz	0 ()
	Usa os braços	1 ()
	Sem os braços	2 ()
3. Tentativas de levantar	Incapaz	0 ()
	Mais de uma tentativa	1 ()
	Única tentativa	2 ()
4. Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado	0 ()
	Estável, mas usa suporte	1 ()
	Estável sem suporte	2 ()
5. Equilíbrio em pé	Desequilibrado	0 ()
	Suporte ou base de sustentação > 12 cm	1 ()
	Sem suporte e base estreita	2 ()
6. Teste dos três tempos*	Começa a cair	0 ()
	Agarra ou balança (braços)	1 ()
	Equilibrado	2 ()
7. Olhos fechados (mesma posição do item 6)	Desequilibrado, instável	0 ()
	Equilibrado	1 ()
8. Girando 360°	Passos descontínuos	0 ()
	Passos contínuos	1 ()
	Instável (desequilíbrios)	0 ()
	Estável (equilibrado)	1 ()
9. Sentando	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira)	0 ()
	Usa os braços ou movimentação abrupta	1 ()
	Seguro, movimentação suave	2 ()

FONTE: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 615, 2002

* Examinador empurra levemente o esterno do paciente, que deve ficar de pés juntos.

Pontuação do equilíbrio: 16.

(Marcha)

Quadro 2b. Escala de Avaliação da Marcha - Índice de Tinetti

10. Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar	0 ()
	Sem hesitação	1 ()
11. Comprimento e altura dos passos	a) Pé Direito	
	- não ultrapassa o pé esquerdo	0 ()
	- ultrapassa o pé esquerdo	1 ()
	- não sai completamente do chão	0 ()
	- sai completamente do chão	1 ()
	b) Pé Esquerdo	
	- não ultrapassa o pé direito	0 ()
	- ultrapassa o pé direito	1 ()
12. Simetria dos passos	Passos diferentes	0 ()
	Passos semelhantes	1 ()
13. Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos	0 ()
	Passos contínuos	1 ()
14. Direção	Desvio nítido	0 ()
	Desvio leve ou moderado ou uso de apoio	1 ()
	Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	2 ()
15. Tronco	Balanço grave ou uso de apoio	0 ()
	Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços	1 ()
	Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	2 ()
16. Distância dos tornozelos	Tornozelos separados	0 ()
	Tornozelos quase se tocam enquanto anda	1 ()

FONTE: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 615, 2002

Pontuação da Marcha: 12.

Pontuação Total: 28.

ANEXO XIV – ESCALA DE GLASGOW

Tabela 1 - Escala de coma de Glasgow

	Resposta	Resposta modificada para lactentes
Escore	Abertura ocular	
4	Espontânea	Espontânea
3	Ao estímulo verbal	Ao estímulo verbal
2	Ao estímulo doloroso	Ao estímulo doloroso
1	Ausente	Ausente
	Melhor resposta motora	
6	Obedece comando	Movimentação espontânea
5	Localiza dor	Localiza dor (retirada ao toque)
4	Retirada ao estímulo doloroso	Retirada ao estímulo doloroso
3	Flexão ao estímulo doloroso (postura decorticada)	Flexão ao estímulo doloroso (postura decorticada)
2	Extensão ao estímulo doloroso (postura descerebrada)	Extensão ao estímulo doloroso (postura descerebrada)
1	Ausente	Ausente
	Melhor resposta verbal	
5	Orientado	Balbucia
4	Confuso	Choro irritado
3	Palavras inapropriadas	Choro à dor
2	Sons inespecíficos	Gemido à dor
1	Ausente	Ausente

TCE severo (escore Glasgow: 3-8); TCE moderado (escore Glasgow: 9-12); TCE leve (escore Glasgow: 13-15).

ANEXO XV- ESCALA DE NORTON

Quadro 2 - Escala de Avaliação de Risco de Norton.						
Nome do paciente		Nome do examinador		Data		
Condição Física	Estado Mental	Atividade	Mobilidade	Incontinência	Total Pontos	de
Bom pontos 4	Alerta 4	Deambulante 4	Total 4	Não 4		
Regular pontos 3	Apático 3	Caminha com ajuda 3	Ligeiramente 3	Ocasionalmente 3		
Ruim pontos 2	Confuso 2	Limitado a cadeira 2	Muito Limitada 2	Usualmente/Urina 2		
Muito Ruim ponto 1	Estupor 1	Acamado 1	Imóvel 1	Dupla 1		

Fonte: A Escala de Norton, disponível em url:
<http://www.feridologo.com.br/teseupescalas.htm>

ANEXO XVI – MINIMENTAL STATE

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

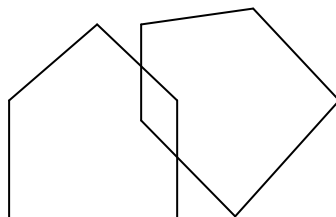
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Fonte: Minimental State Examination (MMSE)

Disponível em url:

<http://www.clinicadememoria.com/docs/Mini%20Mental%20State%20Examination.pdf>

ANEXO XVII – TABELA *TIPO* DE REGISTOS DOS DOENTES NA UMDR

Unidade de Cuidados de Saúde

Média Duração e Reabilitação

Cama	Nome	Data Internamento	Período Internamento	Previsão de Saída	Período Avaliação	Observações
1.05 A					Mensal	
1.05 B					Mensal	
1.06 A					Mensal	
1.06 B					Mensal	
1.07 A					Mensal	
1.07 B					Mensal	
1.08 A					Mensal	
1.08 B					Mensal	
1.09A					Mensal	
1.09 B					Mensal	

Com alta da ECL

Autorização de Permanência

Alta Prevista

Preparação Alta

ANEXO XVIII – TABELA *TIPO* DE REGISTOS DOS DOENTES NA ULDM

Unidade de Cuidados Continuados de Saúde

Longa Duração e Manutenção

Cama	Nome	Data Internamento	Período Internamento	Previsão de Saída	Período Avaliação	Observações
1.04 A					Mensal	
1.04 B					Mensal	
1.10 A					Mensal	
1.10 B					Mensal	
1.11 A					Mensal	
1.11 B					Mensal	
1.12 A					Mensal	
1.12 B					Mensal	
1.13 A					Mensal	
1.13 B					Mensal	

Com alta da ECL

**Autorização de
Permanência**

Alta Prevista

Preparação Alta